Nr 18 2 maja 1937 Rok XVI

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Dr Eugeniusz PIOTROWSKI. Warszawa.

Organizacja pomocy lekarskiej na wsi.

Słuszną zdaje się być teza, że ubezpieczenie przeciw chorobom, stanowiące jeden z fragmentów ubezpieczeń społecznych, działających obecnie na podstawie ustawy o ubezpieczeniu społecznym z dnia 28. III. 1933 r. jest niejako wstępem do objęcia pomocą lekarską nie tylko uprzywilejowanego świata pracy, ale i całej ludności państwa. Hasło bowiem, wypisane na sztandarach państw kulturalnych, że „zdrowie ogółu obywateli jest podstawą bogactwa narodowego" musi być i naszemu państwu w całej rozciągłości przyswojone.

W obecnym stanie rzeczy stwierdzić należy, że jedynie świat pracy najemnej posiada ustawowo zagwarantowaną pomoc lekarską na wypadek choroby, macierzyństwa i na wypadek nieszczęśliwych zdarzeń losu, przy czym pomoc lekarska na wsi, jakkolwiek również ustawowo zagwarantowana, spoczywa jednakże w ręku pracodawców rolnych, a nie instytucyj ubezpieczeń społecznych i z tego powodu wykazuje szereg uchybień, odbijających się szkodliwie na zdrowiu pracowników rolnych i ich rodzin, do tych świadczeń uprawnionych.

A jednak musimy o tym pamiętać, że państwo nasze ma przeważający charakter rolny i że wieś a nie miasto stanowią niespożyty rezerwuar materiału ludzkiego, stanowiącego główny kontyngent żołnierza polskiego, decydującego o obronności naszego państwa i jego mocarstwowym stanowisku.

Stąd też stan zdrowotny dzisiejszej wsi polskiej nie może być obojętnym dla czynników doceniających należycie konieczność utrzymania tego stanu na odpowiednim poziomie. Dochodzące nas bowiem wiadomości o stanie zdrowotnym wsi są naprawdę niepokojące, a raporty lekarskie wojskowych komisyj poborowych wskazują dobitnie, że element poborowych ze wsi uległ tak poważnemu obniżeniu, że sprawa poprawienia stanu zdrowotnego wsi wybija się na pierwszy plan, jako zagadnienie wymagające jak najrychlejszego rozwiązania.

Przyczyną tego zjawiska na wsi jest nie tylko przeżywany obecnie ciężki kryzys gospodarczy, który nawiedził wszystkie warstwy społeczne i niemal wszystkie warsztaty pracy, a więc i gospodarstwa rolne, ale przede wszystkim brak jakiejkolwiek miejscowej organizacji pomocy lekarskiej na wsi.

Tak się u nas składają niefortunnie stosunki, że wieś polska jest pomijana niemal całkowicie przez lekarzy, przy poszukiwaniu przez nich odpowiedniego miejsca na osiedlenie się i rozpoczęcie prywatnej praktyki lekarskiej. Wiadomą zaś jest rzeczą, że urzędowych placówek lekarskich na wsi nie ma prawie zupełnie i stąd też taki brak lekarzy na wsi. Element lekarski woli raczej wegetować w mieście i przymierać głodem przy akompaniamencie odgłosu uciech, jakich dostarcza miasto i żyć raczej nadzieją lepszego jutra w mieście, jak osiedlać się na wsi.

Nieliczne zaś jednostki ze świata lekarskiego, osiedlające się na wsi, to albo element naprawdę ideowy i wartościowy, albo też, co się często zdarza, ludzie bez należytych kwalifikacyj zawodowych, którzy, jak pijawki, bez żadnych skrupułów wyciągają ostatni grosz ze wsi i wzbogaciwszy się, wracają do miast. Ci ostatni nie podniosą na pewno stanu zdrowotnego wsi a raczej przyczynią się do krzewienia i tak już rozwielmożnionego na wsi znachorstwa i partactwa lekarskiego.

Pewien, korzystny z punktu widzenia lekarskiego objaw można zaobserwować w Małopolsce Wschodniej, gdzie coraz to więcej wsi posiada już osiedlonych na stałe lekarzy ukraińców. Akcja osiedlania lekarzy ukraińców w każdej niemal wsi na terenie Małopolski Wschodniej zbiega się z dobrze prosperującą działalnością kooperatyw ukraińskich na tym terenie. Każdy taki lekarz ukraiński na wsi małopolskiej jest wspólnie z kierownictwem kooperatywy, księdzem i nauczycielem ukraińskim pionierem nacjonalistycznego ruchu ukraińskiego, a otrzymywane ze strony czynników ukraińskich subsydia pieniężne pozwalają mu przetrwać pierwsze miesiące swojego przednowku w praktyce lekarskiej. Tej ich działalności nie przeciwstawiamy nic konkretnego w tych wsiach, które mają przeważający charakter polski. Osadnik polski w Małopolsce Wschodniej korzysta więc z konieczności z tych urządzeń ukraińskich, przyswaja sobie też z konieczności język ukraiński, jako miejscową gwarę i nic dziwnego, że już w następnych swoich pokoleniach jest częściowo lub całkowicie zasymilowany przez ukraińców.

Nowe ustawy samorządowe, wprowadzające na terenie całej Rzeczypospolitej Polskiej jednolitą organizację tzw. gmin zbiorowych sprzyjają znakomicie możliwościom podniesienia stanu zdrowotnego na wsi i zorganizowaniu tamże racjonalnej pomocy lekarskiej.

Należy zatem przyjąć jako zasadę, że każda gmina zbiorowa musi być siedzibą lekarza gminnego i tworzyć tzw. *wiejski ośrodek leczniczy*. Celem ściągnięcia na wieś lekarzy z odpowiednimi kwalifikacjami fachowymi, — bo lekarz na wsi musi być dobrze obznajomiony ze wszystkimi działami medycyny zarówno naukowej, jak i społecznej — należało by przewidzieć obowiązek ze strony gmin zbiorowych kreowania stanowiska lekarza gminnego z uposażeniem, odpowiadającym możliwościom finansowym danej gminy, a w każdym razie zapewniającym materialny byt lekarza.

Taki lekarz gminny podlegałby jako lekarz urzędowy kompetencji lekarza powiatowego, który za pośrednictwem lekarzy gminnych mógłby wykonywać faktyczny a nie nominalny nadzór sanitarny nad gminami zbiorowymi w swoim powiecie.

Lekarz gminny miałby obowiązek opiekowania się stanem zdrowotnym swojej gminy zbiorowej, udzielania pomocy lekarskiej bezpłatnie osobom ubogim, uprawnionym do pomocy lekarskiej z tytułu opieki społecznej swojej gminy, obowiązek leczenia bezpłatnego chorych swojej gminy na choroby społeczne, jak gruźlica, jaglica i choroby weneryczne, jako też na choroby zakaźne o charakterze epidemicznym.

Do dyspozycji takiego lekarza winna oddać gmina zbiorowa odpowiednie mieszkanie służbowe i pomieszczenie na gabinet lekarski z poczekalnią, który by stanowił tzw. *wiejski ośrodek leczniczy*. Urządzenie gabinetu można by lekarzowi ułatwić bądź to przez udzielenie mu zwrotnej pożyczki, bądź też przez wypożyczenie sprzętu lekarskiego lub zakupienie go od instytucji ubezpieczeń społecznych, posiadających zbyteczny sprzęt lekarski po zlikwidowanych ambulatoriach lekarskich Ubezp. Społ.

Równocześnie taki lekarz gminny winien być opiekunem zdrowia całej gminy zbiorowej, a więc i tych wszystkich mieszkańców danej gminy, którzy mają prawo do ustawowej pomocy lekarskiej czy to ze strony ubezpieczalni, P. K. P., czy to samej gminy (jeżeli zorganizowała własną pomoc lekarską), czy też uprawnionych do pomocy lekarskiej ze strony pracodawców rolnych.

Wszelką różnotorowość w udzielaniu pomocy lekarskiej mieszkańcom gminy zbiorowej należałoby usunąć i skupić niejako z urzędu w ręku lekarza gminnego, co oczywiście nie wyklucza, że za leczenie takich osób otrzymywałby lekarz gminny bądź to osobne wynagrodzenie od takich instytucyj czy pracodawców, bądź też takie osoby prawne wnosiłyby pewne opłaty na rzecz gminy zbiorowej, któraby była jedynym pracodawcą lekarza gminnego, a on miałby obowiązek udzielania pomocy lekarskiej w szerszym zakresie. Kwestia objęcia pomocą lekarską również i tych mieszkańców gminy zbiorowej, którzy z tytułu majątku czy odpowiednich dochodów nie mają prawa do bezpłatnej pomocy lekarskiej z funduszów opieki społecznej gminy, a więc samodzielnych gospodarzy wiejskich, mogłaby być uregulowana przez odpowiednie opodatkowanie tychże na rzecz gminy. Jeżeli zaś taka koncepcja okazałaby się niemożliwą do przeprowadzenia, to wówczas ta kategoria mieszkańców gminy mogłaby korzystać z pomocy lekarskiej lekarza gminnego za jednostkowym wynagrodzeniem przez się opłacanym z tym, że w razie wybuchnięcia chorób zakaźnych o charakterze epidemicznym, zagrażającym zdrowotności gminy, leczenie tych osób byłoby dokonywane przez lekarza gminnego na rachunek gminy, podobnie, jak leczenie chorób społecznych.

W razie konieczności leczenia szpitalnego, czy też izolacji szpitalnej w chorobach zakaźnych, groźnych dla otoczenia, lekarz gminny miałby prawo zarządzić umieszczanie takich chorych w szpitalu z urzędu, na rachunek gminy, która by te koszty

dla siebie od osób zamożniejszych wyegzekwowała czy to gotówką, czy to pracą odpłatną.

Tak pomyślany wiejski ośrodek leczniczy pozostawałby w styczności z *powiatowym ośrodkiem zdrowia*, już zasobniejszym w urządzenia lecznicze. W razie więc potrzeby czy to badań Roentgenem, czy analiz laboratoryjnych, jak np. badanie plwociny, śluzu, opadania krwinek itp., dopełniania odmą, badania konsyliarnego przez specjalistów ośrodka, dla ustalenia rozpoznania lub podania kierunku leczenia, chorzy z terenu gmin zbiorowych, byliby kierowani do powiatowych ośrodków zdrowia, które by badania takie bezpłatnie przeprowadzały.

Wykonywanie opieki lekarskiej nad zdrowiem mieszkańców gminy zbiorowej nie może się jednak ograniczać wyłącznie do udzielania porad lekarskich przez samego lekarza. Utrzymanie stanu zdrowia na odpowiednim poziomie, a więc i zdrowotności ogólnej gminy wymaga zwrócenia bacznej uwagi na sposób życia, pracy i warunków mieszkaniowych jej mieszkańców oraz urządzeń higienicznych wsi, jak posiadanie odpowiednio urządzonych studni itp. Takiego nawału pracy jedna osoba tj. sam lekarz gminny nie jest w stanie wykonać! Musi on posiadać do tego odpowiednio wyszkolony personel pomocniczo-lekarski, który by drogą wywiadów społecznych i bezpośredniego wglądu w ich warunki bytowania mógł dostarczyć lekarzowi gminnemu tych wszystkich danych, które pozwoliłyby zapobiegać skutecznie powstawaniu i szerzeniu się nowych schorzeń w obrębie gminy. skracać czas trwania istniejących chorób albo leczyć racjonalnie już stwierdzone cierpienia. Ponieważ żyjemy w czasach, gdzie wszelkie zamierzenia nasze muszą być dostosowane do naszych możliwości finansowych a wiemy dokładnie, że budżety samorządów a więc i gmin zbiorowych nie wytrzymają większych obciążeń na rzecz jednego odcinka opieki społecznej, jaką jest opieka lekarska — należy się zastanowić, jakby ten problem można najłatwiej rozwiązać ku pożytkowi zdrowia gminy.

Otóż poza wykorzystaniem przez lekarza gminnego do akcji zapobiegawczej na wsi tzw. *rejonowych położnych*, które by odpowiadały dzisiejszym wymaganiom, stawianym dla położnych i które by mogły i potrafiły wykonać należycie zorganizowaną opiekę nad ciężarną, noworodkiem i położnicą — musi lekarz gminny otrzymać do pomocy kwalifikowaną higienistkę, która by była tym nieodzownym łącznikiem, zespalającym działalność lekarską z akcją zapobiegawczą, skupioną w ręku lekarza gminnego. Taka zdolna higienistka, dodana do pomocy lekarzowi gminnemu, może oddać kolosalne usługi organizacji pomocy lekarskiej na wsi.

Zakres jej pracy byłby dość szeroki. Musiałaby ona poznać dokładnie teren i przeprowadzać stale i systematycznie wywiady co do zdrowotności poszczególnych wsi na terenie gminy zbiorowej położnych, dalej co do warunków mieszkania, higieny i odżywiania się mieszkańców tych wsi, co do występowania chorób zakaźnych i społecznych na terenie gminy. Poza tym musiałaby ona posiadać odpowiednie wyszkolenie i rutynę pielęgniarską, aby móc udzielać na miejscu w czasie swoich wywiadów fachowych wskazówek i rad, dotyczących pielęgnowania i karmienia noworodków, dzieci i chorych w ogóle, a w razie potrzeby chorych takich kierować do badania i leczenia u swojego terenowego lekarza gminnego.

Pozostając w ciągłej styczności z mieszkańcami gminy zbiorowej i znając dokładnie ich potrzeby, mogłaby taka higienistka wspólnie z lekarzem gminnym przyczynić się znacznie do podniesienia stanu zdrowotności wsi polskiej. Higienistka taka odpowiednio uspołeczniona, mogłaby wpłynąć na stworzenie na wsi *koła gospodyń wiejskich* lub ożywić już istniejące takie koła i wciągać do pracy społecznej bardziej ruchliwe i inteligentne elementy miejscowe. Poparcia moralnego i materialnego musiałoby udzielić kierownictwo gminy zbiorowej, które rekrutuje się dziś z jednostek inteligentnych o pewnych ambicjach, które przy odpowiednim nacisku władz samorządu a w szczególności lekarza powiatowego, posiadającego dużo uprawnień i działającego na tym odcinku w zastępstwie starosty — mogą na tym polu wiele zdziałać.

Zdaje mi się, że tylko duże zrozumienie tych spraw przez czynniki sanitarne samorządu może pchnąć naprzód konieczność zapewnienia wsi należytej organizacji pomocy lekarskiej a tym samym podniesienia jej stanu zdrowotnego. Zagadnienie zaś organizacji tej pomocy lekarskiej jest kwestią naglącą z uwagi na duże zaniedbanie i nieprawdopodobną wprost nędzę na wsi. Niewiarygodnym wprost zdaje się być przypadek, który przeżyłem osobiście przed 2 laty. Jako lekarz ubezpieczalni odwiedzałem na wsi w Małopolsce Wschodniej chorego, uprawnionego do świadczeń z U. S. Potem proszono mnie prywatnie o odwiedzenie chorych dzieci gospodarza, właściciela 4 mórg pola. Stwierdziłem szkarlatynę u dwojga jego dzieci i wskazałem na konieczność wykonania zastrzyku surowicy przeciwpłoniczej, jako jedynego, skutecznego sposobu leczenia. Na to oświadczył mi gospodarz, że nie posiada pieniędzy i żeby wykonać zastrzyk tylko dla starszego dziecka (8-letniego), które mu już jest pomocą w gospodarstwie, bo pasie bydło, a to młodsze niech umiera.

Posiadałem na szczęście przy sobie dwie dawki surowicy przeciwpłoniczej i wykonałem zastrzyk dla obojga dzieci, nie pobierając żadnego honorarium.

Zrobiłem tę małą dygresję, aby wykazać zarówno zacofanie na wsi, jak i nędzę jej mieszkańców, która sprzyja temu zacofaniu i jest niejako jej wynikiem.

A przecież nie było by takich epidemij na wsi, gdyby dzieci wiejskie były szczepione ochronnie przeciw tak powszechnym schorzeniom, jak błonica i płonica. Szczepień ochronnych mógłby dokonywać lekarz gminny a materiału (szczepionek) może dostarczyć bezpłatnie lekarz powiatowy, bo otrzymuje je do swojej dyspozycji bezpłatnie z urzędu!

Potrzeby organizacji pomocy leczniczej na wsi są tak jasne, że nie wymagają chyba specjalnego uzasadnienia.

Jakie są tedy możliwości zastosowania urządzeń ubezpieczenia na wypadek choroby we wsi.

Otóż możliwości te w okresie działania ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby z dnia 19. V. 1920 r. były dla byłej Kasy Chorych duże, gdyż w tym czasie pomocy leczniczej dla tych mieszkańców wsi, którzy wykonywali *jakąkolwiek pracę najemną* udzielały Kasy Chorych. Toteż w tym czasie mimo takiej czy innej opinii o działalności Kas Chorych — zdrowotność na wsi przedstawiała się znacznie lepiej, jak obecnie. Świat lekarski obiecywał sobie wprawdzie na wyłączeniu z ubezpieczenia na wypadek choroby pracowników rolnych znaczne dla siebie korzyści materialne, lecz zawiódł się ogromnie. Z chwilą bowiem, gdy rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 29. IX. 1933 r. w sprawie wejścia w życie art. 212 i 213 ustawy o ubezpieczeniu społecznym — wyłączono z dniem 1. XI. 1933 r. pracowników rolnych spod ustawowego obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby — pomoc lecznicza dla pracowników rolnych organizowana i udzielana bezpośrednio przez samych pracodawców rolnych i na ich wyłączny rachunek — stała się przeważnie iluzoryczną. Natomiast ubezpieczenie przeciw chorobom po chwilowym wstrząsie, straciwszy kiepskich przeważnie płatników, jakimi byli pracodawcy rolni, zdążyło wejść szybko na drogę równowagi budżetowej i nie odczuło boleśnie straty 30% do 40% ubezpieczonych.

Wyłączenie jednak z przymusowego ubezpieczenia na wypadek choroby pracowników rolnych odbiło się poważnie na zdrowotności wsi. Przyczyn tego obniżenia nie chcę naświetlać, bo stanowią one odrębne zagadnienie, które znajdowało dość jaskrawy wyraz w enuncjacjach lekarzy na łamach prasy lekarskiej.

Na skutek zaś tego wyłączenia pracowników rolnych z ubezpieczenia chorobowego, b. Kasy Chorych zlikwidowały wiejskie ośrodki lecznicze i organizacja lecznictwa ubezpieczeń cofnęła się ze wsi do większych tylko skupień ubezpieczonych.

W związku z wprowadzeniem ustawy o ubezpieczeniu społecznym z dnia 28. III. 1933 r. b. Kasy Chorych zostały z dniem 1. I. 1934 r. przekształcone w ubezpieczalnie społeczne i poza ubezpieczeniem chorobowym, jako krótkoterminowym zostały zużytkowane do obsługi ubezpieczeń długoterminowych. I jakkolwiek na skutek tej ustawy dochody ubezpieczenia przeciw chorobom z powodu obniżki składki pokaźnie się zmniejszyły, a świadczenia lecznicze udzielane uprawnionemu do świadczeń zostały ustawowo obniżone proporcjonalnie do tej obniżki składek pod względem *ilościowym*, to jednak pod względem jakościowym znacznie się poprawiły.

Dzięki zwrotom z art. 23 za czynności zastępcze na rzecz ubezpieczeń długoterminowych, znalazły ubezpieczalnie źródło dochodu na wydatki administracyjne bez potrzeby pokrywania tych wydatków kosztem świadczeń leczniczych.

Następnie dzięki funduszom, wpływającym z art. 239 ustawy, zostało lecznictwo sanatoryjno-zdrojowe i akcja zapobiegawcza pchnięta na właściwe tory, a współpraca ubezpieczalni z samorządami na skutek poważnych subwencyj pieniężnych ze strony ubezpieczalni pozwoliła uruchomić szereg powiatowych ośrodków zdrowia, które dotychczas prowadziły żywot suchotniczy. Szczególnie akcja przeciwgruźlicza oraz akcja kolonij i półkolonij letnich wykazała znaczny postęp w roku 1936, gdzie Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydatkował za pośrednictwem ubezpieczalni społecznych na ten cel milionowe kwoty.

W obecnym stanie rzeczy ubezpieczenie przeciw chorobom nie posiada na wsi żadnej własnej organizacji leczniczej, gdyż nie posiada tam przeważnie ubezpieczonych niemal zupełnie. Nie-

liczna grupa pracowników samorządu, mieszkająca na wsi posiada często własną opiekę lekarską, organizowaną przez samorząd po skorzystaniu z dobrodziejstwa dekretu Prez. R. P. z dnia 24. X. 1934 r. (Dz. U. R. P. Nr 95, poz. 855).

Jeżeli zaś samorząd terytorialny nie skorzystał z możności wyłączenia swoich pracowników z ustawowego ubezpieczenia w ubezpieczalni, to dla tych nielicznych pracowników na wsi, ubezpieczalnia udziela pomocy lekarskiej przez sieć okolicznych lekarzy domowych, osiadłych przeważnie w miastach i miasteczkach. Natomiast tą kategorią ubezpieczonych na wsi, którzy by mogli być objęci również opieką lekarską ubezpieczalni z korzyścią dla ubezpieczonych i funduszów ubezpieczenia, są chorzy wypadkowi rolni, korzystający z ubezpieczenia wypadkowego. Ta kategoria chorych korzysta jednak z pomocy lekarskiej, udzielanej na koszt pracodawców rolnych, którym Fundusz ubezpieczenia od wypadku koszty leczenia zwraca, o ile choroba pozostaje w związku z wypadkiem (i powstała w następstwie wypadku) czy też choroba zawodowa trwała dłużej, jak 4 tygodnie. Kwestia ta wymaga jednak szerszego naświetlenia i dlatego jej bliżej nie omawiam.

Tak więc z punktu widzenia ustawowego, ubezpieczenie chorobowe nie może w obecnym stanie wykazywać specjalnego zainteresowania zdrowotnością wsi, bo ten odcinek nie podlega kompetencjom ustawowym tego ubezpieczenia.

Atoli z punktu widzenia ogólnopaństwowego, jako też polityki ubezpieczeniowej, zagadnienie zdrowotności wsi nie może być obojętne dla Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Toteż Zakład z pewnością zdeklaruje swoją współpracę na tym odcinku podobnie, jak to uczynił na odcinku współpracy z samorządami w miastach. Niemniej jednak Zakład nie posiada w tym wypadku legitymacji do tego, aby opiekę lekarską na wsi organizować samodzielnie. Nie wydaje się prawdopodobnym, aby taką legitymację można było uzyskać w najbliższej przyszłości, bo przecież pracodawcy rolni bronić się będą przeciwko wprowadzeniu na nowo ubezpieczenia na wsi.

Również koncepcja *„spółdzielni zdrowia"* na wzór Jugosławii nie da się przeszczepić na nasz teren i tu rozpowszechnić.

Pozostałaby zatem jedyna, moim zdaniem, możliwość oparcia organizacji pomocy lekarskiej na wsi o gminy zbiorowe w postaci stwarzania w każdej takiej gminie *wiejskiego ośrodka leczniczego*, w utrzymaniu którego musi brać udział miejscowa ludność, płacąc podatek i te wszystkie instytucje (samorząd, ubezpieczalnia, pracodawcy rolni), na których ciąży ustawowy obowiązek udzielania pomocy lekarskiej mieszkańcom danej gminy zbiorowej. Procentowy wydatek na głowę takiego mieszkańca, przypadający do uiszczenia przez poszczególne takie instytucje można będzie łatwo ustalić, po sporządzeniu kosztów utrzymania takiego poszczególnego ośrodka.

Według danych z preliminarzy budżetowych na rok 1937, ubezpieczalnie społeczne wydatkować będą przeciętnie *na 1 ubezpieczonego* na świadczenia, a więc na zasiłki, opiekę lekarską, środki lecznicze i pomocnicze, szpitale i zakłady lecznicze, leczenie w bratnich ubezpieczalniach oraz na zapobieganie i wydatki sanitarne *44.73 zł*, czyli ogółem dla wszystkich ubezpieczonych (tj. 1,747.815) na świadczenia w roku 1937 *78,173.835 zł*, co stanowi 75.1 zł do przypisu składek z tytułu ubezpieczenia na wypadek choroby. Zatem dziś już mieszkańcy wsi, którzy korzystają z ubezpieczenia w ubezpieczalni mają zapewnioną opiekę lekarską, której ubezpieczenia wstydzić się nie potrzebują i należało by sobie życzyć, aby opieka lekarska dla całej ludności wsi została postawiona na tym poziomie.

Z. U. S. swój udział na pewno zadeklaruje, o ile w odpowiednim procencie i inni kontrahenci z udziałem wystąpią. Zastrzeżenie takie dyktuje jednak samo życie. W tym miesiącu bowiem przy scalaniu b. Ub. Społ. w Tucholi z b. Ub. Społ. w Tczewie w jedną ubezpieczalnię z siedzibą w Tczewie przeprowadzano pertraktacje wstępne w sprawie stworzenia przychodni przeciwgruźliczej w Tucholi. Samorząd przedłożył kosztorys uruchomienia i utrzymania takiej przychodni na kwotę 13.000 zł, a swój udział pieniężny określił kwotą 500 zł.

Nadmieniam przy tym, że z przychodni tej będzie korzystało około 25% ubezpieczonych, a 75% przypadnie w udziale nieubezpieczonym.

Poza tym dodać mogę, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych może przyczynić się w znacznym stopniu przy wyposażaniu w sprzęt wiejskich ośrodków leczniczych, gdyż posiada go pod dostatkiem po zlikwidowanych ambulatoriach.

Po linii wysuniętej przeze mnie koncepcji kreowania lekarzy gminnych na terenie gmin zbiorowych przez samorząd terytorialny, zmierza sejmowa interpelacja p. posłanki Prystorowej i jej wniosek o wprowadzenie specjalnego podatku na rzecz opieki lekarskiej na wsi.

Po wprowadzeniu podatku na rzecz opieki lekarskiej na wsi i zorganizowaniu tej opieki przez samorząd według zamierzeń ogólnie przeze mnie podanych, sprawa zdrowotności wsi byłaby częściowo rozwiązana.

Gdybyśmy jednak chcieli wciągnąć instytucje ubezpieczeń społecznych do szerszego współudziału w tej akcji, to należało by wprowadzić *dla wszystkich pracowników wiejskich, wykonujących jakąkolwiek pracę najemną na wsi, obowiązkowe ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa* na zasadach obowiązującej ustawy o ubezpieczeniu społecznym z dnia 28. III. 1933 r. z tym, że wysokość składki dla pracowników rolnych czy w ogóle wiejskich, można by oprzeć na innej kalkulacji matematycznej, tak, jak to się robi ze składką ubezpieczenia wypadkowego dla pracowników rolnych.

Wprowadzenie bowiem na wsi tylko ubezpieczenia powszechnego *od gruźlicy* na wzór Włoch, nie byłoby moim zdaniem celowe.

U nas bowiem poza gruźlicą, powszechnymi chorobami na wsi o charakterze społecznym są jeszcze inne, jak jaglica i choroby weneryczne, a w niektórych dzielnicach dołącza się jeszcze do tego zespołu twardziel.

Poza tym zapadanie na choroby zakaźne o charakterze epidemicznym, jak dury brzuszne i rzekome, płonica, błonica i inne, jest jeszcze tak duże w porównaniu z krajami Europy zachodniej, że tylko powszechne ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa może poprawić realnie stan zdrowotny naszej wsi.

Uważam, że wykonanie takiego powszechnego ubezpieczenia na wypadek choroby na wsi, które by dotyczyło wszystkich mieszkańców wsi, można i należało by powierzyć samorządowi terytorialnemu, przez jego komórki najniższe tj. przez gminy zbiorowe, które by mogły ze swej strony zawrzeć umowę z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych co do wykorzystania wspólnych zakładów i placówek leczniczych.

W ten sposób cała akcja zdrowotna na wsi skupiałaby się w jednym ręku, usuwałaby wszelką w tym kierunku różnorodność, a zespalałaby natomiast kapitały, wydatkowane przez różne czynniki na jeden i ten sam cel.

Sprawa więc uzdrowotnienia wsi dojrzała całkowicie do załatwienia i życzyć by sobie należało, aby wniosek p. posłanki Prystorowej, która jako wnioskodawczyni sejmowa cieszy się opinią „dobrej ręki" — został przybrany jak najrychlej w realne szaty.

PRACE ORYGINALNE.

Dr F. HALPERN. Lwów.
Dr M. FERBER.

Przypadek pierwotnego zapalenia skórno-mnogomięśniowego z krwawieniami.

W bieżącym roku mija właśnie 50 lat od czasu, kiedy trzej autorowie Unverricht[1]), Hepp[2]) i Wagner[3]) równocześnie, lecz każdy niezależnie od siebie, opisali i wyodrębnili jako jednostkę chorobową pierwotne, nieropne, zapalenie mnogo-mięśniowe — *polymyositis* albo z powodu równoczesnego zajęcia skóry w obrębie zajętych grup mięśniowych — *dermato-myositis* (d. m.).

Zapalenie to jest chorobą nader rzadko spotykaną, w ogóle mało znaną, przez co też bywa często nie rozpoznawaną, np. Oppenheim podaje, że widział 10 przypadków, z których ani jeden nie został przed tym rozpoznany. Do roku 1932 ogłoszono w piśmiennictwie światowym w ogóle 75 przypadków (Karelitz i Welt). Z autorów polskich ogłosili prace o d. m. Gluziński, Kader, Fajersztajn, Orzechowski, Morawiecka, Bogusławski i Czeżowska. Jak wynika z pracy Czeżowskiej, ogłoszonej w Pol. Gaz. Lek. Nr 43, 1927, w przeciągu 30 lat istnienia Kliniki Lekarskiej we Lwowie (1897—1927) widziano w niej zaledwie trzy przypadki tej choroby na 12.000—13.000 leczonych chorych. W piśmiennictwie rosyjskim opisano do roku 1935 sześć przypadków (Meyersohn).

Lorenz dzieli pierwotne (nieropne, nieswoiste) zapalenie mnogomięśniowe *(polymyositis)* na następujące grupy:

a) *dermatomyositis* (postać najlepiej znana),

b) d. m. *haemorrhagica* (Prinzing, Fenoglio),

---

[1]) *Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. 12. 1887.

[2]) *Berl. klin. W.* Nr 17. 1887.

[3]) *Deutsches Arch. f. klin. Med.* Nr 40. 1887.

c) d. m. w połączeniu z rumieniem wielopostaciowym lub guzkowym (Schnell, Weiz),

d) d. m. przechodząca w twardzinę skóry (sklerodermia) (Oppenheim, Grunke).

Osobną grupę stanowi *neuromyositis*, opisana przez Senatora, przy czym objawy zapalenia mnogonerwowego przeważają nad schorzeniem mięśniowym.

Klinika zapalenia skórno-mnogomięśniowego. Schorzenie właściwe jest poprzedzone okresem zwiastunowym, który trwa od 1—3 tygodni. W tym okresie ciepłota ciała jest podwyższona, występują bóle głowy, ogólne osłabienie, brak łaknienia, a więc objawy nietypowe, które mogą być zwiastunem różnorakich chorób. Dopiero po tym okresie powstają równocześnie lub też w pewnej kolejności zmiany w mięśniach, w skórze i w tkance podskórnej, szczególnie kończyn.

Następujące objawy są dla tego schorzenia bardzo charakterystyczne:

1. *Obrzęki.* Zrazu występują one na twarzy, szczególnie na powiekach, potem na kończynach, i to na znacznej rozległości. Najsilniejsze są obrzęki w obrębie największego nagromadzenia się mięśni (brzuśce) i skóry nad nimi. Cechą tych obrzęków jest twardość i pewien stan napięcia (przy ucisku palcem nie tworzy się dołek).

2. *Bóle.* Występują one samorodnie lub przy dotykaniu i określa się je jako bóle ciągnące lub kurczowe. Bóle te powodują zaburzenia ruchomości kończyn.

3. *Zmiany w skórze* występują w różnorakiej postaci np., jako rumień, pokrzywka, wykwity guzowate, zmiany podobne do róży lub do twardzieli skóry. Z innych objawów należy wymienić poty, zmiany w błonach śluzowych *(dermatomucomyositis).* Śledziona jest często obrzękła. Badanie postaciowe krwi zasadniczo zmian nie wykazuje.

Do drugiej grupy zaliczamy krwotoczne zapalenie skórno-mnogomięśniowe *(dermatomyositis haemorrhagica)*, które cechują krwawienia w mięśniach i skórze nad zaatakowanymi mięśniami. W tej postaci schorzenie ogranicza się do kończyn i nie przechodzi na mięśnie tułowia. Występują też krwawienia z błon śluzowych, zwłaszcza przewodu pokarmowego. Wedle Lorenza, jest to postać posokowata.

Przypadek przez nas badany należy właśnie do tej grupy.

Historia choroby. Chora E. T., lat 72, wdowa, gospodyni domu. Wywiady rodzinne są bez znaczenia. Osiem samoistnych porodów, sześcioro dzieci żyje, dwoje zmarło w wieku niemowlęcym. Przebytych chorób nie pamięta, nie przypomina sobie, aby kiedykolwiek poważnie chorowała. W ostatnich miesiącach czuła się bardzo dobrze, łaknienie miała dobre, nawet przybrała na wadze. Do czasu obecnej choroby pracowała przy gospodarstwie domowym zupełnie bez wysiłku.

Obecna choroba trwa od 2 tygodni. Będąc w pełnym zdrowiu, zachorowała nagle, wystąpiła gorączka, ból głowy i bóle w kończynach górnych, po 2 lub 3 dniach ból w kończynie górnej prawej powiększył się i równocześnie wystąpił obrzęk. Wszelkie ruchy w tej kończynie z powodu silnego bólu były niemożliwe. Po 8 dniach wystąpił obrzęk w kończynie górnej lewej. Przez te dwa tygodnie z przepisu lekarza leczyła się salicylatami, okładami i nacieraniami. Jednak stan dotychczas się nie poprawił. Mocz i stolce oddaje prawidłowo.

Stan obecny (7. V. 1936). Chora wzrostu średniego, miernej budowy kośćca. Głowa na opukiwanie niebolesna. Szpary oczne skutkiem obrzęku powiek, zwłaszcza górnych, są wąskie. Uszy i nos bez zmian. Jama ustna: w błonie śluzowej wargi górnej owrzodzenie wielkości małej fasoli, nieregularne, pokryte szarawym nalotem, brzeg owrzodzenia jest niewyniosły, silnie zaczerwieniony. Brak wielu zębów, pozostałe częściowo dotknięte próchnieniem. Ząb 2 dolny lewy chwiejący, częściowo nadłamany, o ostrym końcu, sterczy ku przodowi tak, że przy zamkniętych ustach jego koniec dotyka wargi górnej w miejscu odpowiadającym opisanemu wrzodowi. Dziąsła obrzękłe, zaczerwienione i rozpulchnione. Przy dotyku łatwo krwawią. Oba migdałki, zwłaszcza prawy migdałek pokryte pleśniawką. Krtań zmian nie okazuje. Szyja: oba mięśnie mostkowo-sutkowo-obojczykowe (zwłaszcza po lewej stronie) odcinają się od cienkiej szyi, występując jako twarde, przez cienką skórę dobrze macalne, bolesne wały.

Kończyny górne. Obie kończyny mają znacznie zwiększoną objętość skutkiem silnego obrzęku tkanki podskórnej. Przy ucisku stwierdza się, że obrzęk ten jest twardy, bardzo bolesny i uniemożliwia wyczuwanie głębszych warstw. Obrzęk ten zmniejsza się w kierunku stawu barkowego i nadgarstkowego, nie zajmując rąk. Normalne obrysy kończyn górnych są zatarte i mają wygląd wrzecionowaty. Skóra napięta lśniąca na grzbiecie rąk rozlane pigmentowanie. Tu i ówdzie widoczne są *pasemkowate wynaczynienia.* Stawy są wolne, lecz ruchy skutkiem bólu i silnego obrzęku w obrębie kończyny górnej upośledzone. Skóra tułowia i kończyn dolnych bez zmian. Płuca bez zmian. Serce w granicach prawidłowych. Tony głuche. II ton nad tętnicą główną zaakcentowany. Tętno o częstości 90, dobrze napięte. Brzuch miękki niebolesny. Śledziona macalna pod łukiem żebrowym, niebolesna. Ciepłota 37,6°.

Wynik badania moczu (7. V. 1936). Barwa: żółta. Woń: swoista. Przejrzystość: mętny. Oddziaływanie: kwaśne. Ciężar gatunkowy: 1025. Chlorki, fosforany, indykan: prawidłowy. Urobilinogen, urobilina: niewzmożone. Białko surowicze: 0.033‰ (Stolnikow). Składników nieprawidłowych nie stwierdzono. Osad: nieliczne krwinki, kilkanaście, do dwudziestu pięciu ciałek białych w polu widzenia. Nieliczne nabłonki okrągłe, liczne nabłonki płaskie. Nieliczne kryształki szczawianu wapnia i kwasu moczowego. Nieco śluzu. Bakterie. Kwas moczowy: 0.8 g.

Wynik badania krwi. Ciałek czerwonych 4,850.000, ciałek białych 16.400. Hb 86% (Sahli), indeks 0.89. Neutrochłonne: młode 0%, pałeczk. 7.2%, segm. 76.8%, eozynochłonne 0.4%, bazochł. 0%, limfocyty 6.4%, monocyty 9.2%.

Leczenie objawowe przeciwbólowe, naświetlanie kończyn górnych lampą „Vitalux", okłady.

12. V. 1936 chora skarży się na trudności w połykaniu. Badaniem stwierdza się, że cała jama ustna, zwłaszcza błona śluzowa podniebienia, policzków i gardła, pokryta jest grubą warstwą pleśniawki, która silnie przylega do podłoża i nie daje się usunąć. Ból w kończynach górnych nieco mniejszy, obrzęk utrzymuje się jednak w tym samym stopniu. Ciepłota 38°.

Wynik badania moczu (12. V. 1936). Ciężar gatunkowy 1022, białko 0.066‰, cukier nieobecny. Osad: nieliczne wałeczki szkliste. Kilka krwinek w polu widzenia, ciałka białe 3—7 w polu widzenia. Nieliczne nabłonki okrągłe. Liczne nabłonki płaskie. Obfite bezpostaciowe moczany. Nieco śluzu.

Dnia 14. V. 1936 wystąpiły nagle silne bóle w podbrzuszu z parciem na pęcherz moczowy i kiszkę stolcową, przy czym chora nie była w stanie oddać ani moczu, ani stolca. Badanie wykazało: powłoki brzuszne nie napięte, brzuch na obmacywanie bolesny, umiejscowionego napięcia lub nasilenia bólu przy dotykaniu nigdzie nie stwierdzono. W kilka godzin później chora odpluwa żywoczerwoną krew skutkiem krwawienia z dziąseł i błony śluzowej gardła. Wkrótce potem nastąpiły kilkakrotne bardzo obfite, krwawe, fusowate wymioty, które trwały około 3 godziny. W tym czasie tętno nitkowate, przyspieszone. W jakie 4 godziny po wystąpieniu krwawienia chora umiera.

Obraz kliniczny opisanego powyżej przypadku naprowadził od razu na właściwe rozpoznanie, gdyż odpowiadał w zupełności obrazowi zapalenia skórno-mnogomięśniowego opisanemu przez szereg autorów. Krwawienie z błon śluzowych jamy ustnej i przewodu pokarmowego, jako też wynaczynienia na skórze, przemawiają za rozpoznaniem *dermatomyositis haemorrhagica.*

W rozpoznaniu różniczkowym należało przede wszystkim wykluczyć włośnicę. Schorzenie to w tym wypadku nie wchodziło w ogóle w rachubę, ponieważ chora była Żydówką, utrzymującą ściśle przepisy rytualne i nigdy nie jadła mięsa wieprzowego. Poza tym przeciw włośnicy przemawiał brak ostrych objawów żołądkowo-jelitowych, brak eozynofilii we krwi, jako też ujemny odczyn dwuazowy Ehrlicha.

Drugą chorobą, w obrazie klinicznym podobną do zapalenia skórno-mnogomięśniowego są kilaki w mięśniach. Te jednak występują najczęściej w mięśniu naramiennym, brak bolesności, gorączki i potów. W tym wypadku decyduje też dodatni odczyn Wassermanna.

Do trzeciej grupy zaliczamy zapalenie skórno-mnogomięśniowe z rumieniem wielopostaciowym lub guzkowym, które jest postacią banalną i kończy się po 2 lub 3 tygodniach wyzdrowieniem.

Etiologia opisanej choroby jest niejasna. Ostry początek z gorączką, obrzękiem śledziony i wykwitami w skórze przemawia za sprawą zakaźną. Zarazek i brama wejścia zarazka do organizmu jest nieznana. Strümpell i Grunke przypuszczają, że mamy tu do czynienia z zakażeniem gruźliczym, Senator i Albu zatruciem pochodzenia jelitowego. Gluziński zakażeniem drogą migdałków podniebiennych. Inni widzieli chorobę tę występującą po odrze, rzeżączce, grypie, zatruciu tlenkiem węgla, a także łączą ją z gośćcem stawowym. Jak widać z powyższego przyczyna d. m. nie jest znaną. Autorzy są tylko w tym zgodni ze sobą, że przyczyną jest zakażenie, albo zatrucie (autointoksykacja).

Rokowanie. Sprawa powstaje w każdym wieku, często u ludzi młodych. Początek jest ostry, rzadziej powolny. Atakując wpierw mięśnie bliżej tułowia szczególnie kończyn, przechodzi na mięśnie przełykowe, krtaniowe i oddechowe przez co następuje śmierć z uduszenia. Mięśnie przepony, gałki ocznej i mię-

sień sercowy nie ulegają zapaleniu. Ostre postacie trwają od 3 tygodni do 3 miesięcy i z tych 50—70% przypadków kończy się śmiertelnie. W wypadkach przewlekłych choroba trwa rok i dłużej. Tu przychodzi często do nawrotów i te przypadki kończą się zanikiem i przykurczem mięśni kończyn. Jeśli sprawa zapalna ograniczona jest tylko do jednej grupy mięśniowej rokowanie jest pomyślniejsze, aniżeli w sprawie uogólnionej. Tak samo u dzieci lepsze niż u starszych. W ogóle jednak rokowanie jest niepomyślne.

Zmiany anatomo-patologiczne. Mięśnie są blade i obrzękłe, niekiedy z wybroczynami, miąższowo i wodniczkowo zwyrodniałe, a w tkance łącznej śródmięśniowej znajdują się nacieki leukocytów, we włóknach mięsnych silnie pomnożone jądra i w ogóle cechy odrostowe.

Ponieważ nie znamy przyczyny tego schorzenia, przeto leczenie może być tylko objawowe. Podajemy przede wszystkim środki przeciwbólowe, okłady i nagrzewania tych części ciała, które są objęte obrzękiem. Marinesco radzi urotropinę dożylnie, Pleszczewski salyrgan, Czeżowska, jako środek pomocniczy leczenie bodźcowe. Salicyl i jod są bez znaczenia.

Piśmiennictwo:

Czeżowska: Pol. Gaz. Lek. Nr 43. 1927. — Matthes: Lehrbuch. Wyd. IV. 1923. — Meyersohn-Shitomirskaja: Wien. Archiv f. innere Med. Bd. 27. H. 3. 1935. — Nowicki: Anatomia patologiczna. Cz. ogólna. — Ortner: Klin. Symptomatologie innerer Krankheiten. Bd. I. Teil II. 1926. — Steinfeld: Deutsche med. Wschr. Nr 23. 1930. — Strümpell: Lehrbuch. T. II. Wyd. 24. — Thanhauser: Lehrbuch. T. II. 1931. — Weinberger: Wiener med. Wschr. Nr 4—5—6. 1933.

Dr H. DRUCKER. Operator. Lwów.

O ropniach gruczołu krokowego.

Z Oddziału Urologicznego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie.
Ordynator: Doc. Dr Stanisław Laskownicki.

Stercz jest gruczołem wielkości kasztana, składa się z szeregu gruczołów, postaci stożkowatej, skierowanych końcem ku cewce. Poszczególne gruczoły są otoczone mięśniami gładkimi, które wyciskają wydzielinę do przewodów wyprowadzających.

Gruczoł krokowy usadowiony jest w przejściu szyjki pęcherza w cewkę. Leży on w dolnej części miednicy małej między przednim odcinkiem powięzi miednicowej *(fascia pelvis)* i *fascia diaphragmatis urogen. sup.*, z boku ograniczony jest wewnętrznymi brzegami obu mięśni dźwigaczy odbytu *(levatores ani)*. Stercz ustalony jest na przegrodzie moczo-płciowej *(diaphragma urogenitale)* dzięki włóknom mięśniowym, przechodzącym z przegrody na cewkę moczową, ku przodowi na spojenie łonowe przez przejście blaszki trzewnej powięzi miednicowej na stercz, jako tzw. więzadła łonowo-sterczowe *(lig. puboprostatica)*. W ten sposób powstaje niejako torebka obejmująca stercz wraz z przednią częścią splotu pęcherzowego *(plexus vesicalis)*.

Przez stercz przechodzi część sterczowa cewki moczowej, oraz przewody nasienne. Stercz składa się z dwu bocznych płatów, lewego i prawego, które w tylnym odcinku łączą się płatem środkowym. Te boczne płaty odgraniczone są od siebie rowkiem. W warunkach prawidłowych płat środkowy nie występuje jako część oddzielna, lecz jako pomost między obu płatami. Nierzadko, zwłaszcza w wieku starszym, część ta ulega powiększeniu, im była większa jako część łącząca, tym wyraźniej występuje jako płat w okresie przerostu. Za tą częścią środkową biegną oba przewody wytryskowe do wzgórka nasiennego. Stercz otrzymuje unaczynienie z tętnicy pęcherzowej dolnej i odgałęzień tętnicy krwawnicowej środkowej *(a. haemorrhoid. media)*.

Stercz powstaje z bujania nabłonkowego ściany cewkowej około połowy III miesiąca życia płodowego. W początkowym okresie przedstawia się tylko jako zgrubienie w miejscu, gdzie cewka schodzi się z zawiązkami płciowymi, czyli zatoką moczopłciową *(sinus urogenitalis)*. W IV miesiącu następuje rozgałęzienie pęczków i powstaje światło w przewodach.

Rozwój gruczołu krokowego następuje w okresie pokwitania równolegle i równocześnie z rozwojem jądra; wraz z opóźnieniem pokwitania opóźnia się też rozwój stercza. Kastracja u dorosłych powoduje zanik, albo zmniejszenie się stercza.

Bardzo rzadko spotyka się zupełny brak stercza, łączy się zazwyczaj z innymi zaburzeniami rozwojowymi *(ectopia vesicae, hypospadiasis)*. Z piśmiennictwa są znane przypadki częściowego braku, lub niedorozwoju połowy stercza.

Odpryśnięte masy stercza na tle zaburzeń rozwojowych znaleźć można w okolicy pęcherza. Torbiele wrodzone znajduje się u dzieci i osesków, u których wywołują wówczas zaburzenia w odpływie moczu. Chodzi o torbiele retencyjne *(sinus pocularis)*.

Treść gruczołu jest płynna, ciemnawa, słabo alkaliczna, zawiera białko, w małych ilościach pod drobnowidem znajdujemy ciałka lipoidowe i ciałka skrobiowate, rozmaitej wielkości w regularnych skupieniach; ciałek białych brak lub co najwyżej po kilka w polu widzenia.

Gruczoł krokowy dzięki swemu położeniu na skrzyżowaniu dróg moczowych i płciowych może ulegać rozmaitym zakażeniom.

Zakażenie następuje na skutek wtargnięcia drobnoustrojów do gruczołu. Nastąpić ono może trzema drogami: 1) cewką moczową, 2) drogą krwionośną, 3) drogą naczyń chłonnych.

1) W przeważającej części przypadków poprzedza je nieżyt cewki, najczęściej jako zejście rzeżączki, który *per continuitatem* przechodzi na przewody sterczowe, powodując w następstwie ostre zapalenie gruczołu. Już zwyczajne zapalenie cewki, czy to przy jej zwężeniu, czy też przy zapaleniu pęcherza może doprowadzić do zapalenia stercza. Uraz, kruszenie kamieni cewkowych lub pęcherzowych, cewnikowanie, rozszerzanie zwężeń jest czynnikiem usposabiającym do zmiany w gruczole. Wiemy o tym dobrze, że w przedniej części cewki przebywają stale drobnoustroje, które w normalnych warunkach są dla organizmu nieszkodliwe i niejadowite, przy sprzyjających zaś warunkach (uraz) wpływają na osłabienie sił obronnych ustroju.

2) Drogą krwi jako ognisko przerzutowe przy posocznicy, durze, zapaleniu płuc, zapaleniu przyusznicy, grypie, czyraczycy, cukrzycy, zapaleniu szpiku kostnego, migdałków itd.

Każde ropne ognisko w organizmie może być punktem wyjścia dla przerzutu ropnego do gruczołu krokowego.

Najrzadziej stosunkowo przychodzi do zakażenia gruczołu:

3) Drogą chłonną. Zdarza się to zwykle przy przetokach, przeczosach *(fissura)* i stanach zapalnych odbytnicy, guzach krwawnicowych i po zabiegach operacyjnych w okolicy odbytnicy.

Anatomo-patologicznie można odróżnić 3 postacie:

1) nieżytową,

2) folikularną, przez zatrzymanie treści ropnej i nabłonka w poszczególnych płatach gruczołowych,

3) miąższową, w której przychodzi nie tylko do zapalenia właściwej tkanki gruczołowej, lecz także do zapalenia i nacieku w utkaniu włóknisto-mięśniowym stercza, które prowadzi do zropienia i powstania ropnia w gruczole.

Tzw. *prostatitis parenchymatosa* pozostawia prawie zawsze trwałe zmiany. Gruczoł powiększa się 2 i 3-krotnie z powodu obrzęku wywołanego wysiękiem i nacieczeniem drobnokomórkowym.

Najczęstszym zejściem zapalenia miąższowego jest powstanie ropnia stercza.

W lekkich przypadkach proces chorobowy może się cofnąć przy zastosowaniu leczenia zachowawczego. W treści ropnia stwierdza się bakteriologicznie częściej gronkowce, łańcuszkowce, pałeczki okrężnicy i pałeczkę odmieńca, rzadko natomiast dwoinki Neissera. Przy powstawaniu ropnia obok objawów ze strony pęcherza, cewki i kiszki stolcowej wybijają się na plan pierwszy objawy septyczne, jak dreszcze, podwyższona ciepłota ciała, wysychanie języka. W niektórych znów przypadkach mimo tworzenia się ropnia nie występuje wcale gorączka.

Klinicznie prócz wymienionych objawów ogólnych występują bóle w okolicy odbytnicy, krocza, wzmagające się zwłaszcza przy oddawaniu stolca. Objawy występują nagle wśród zupełnego zdrowia po marszach, jeździe konnej, na rowerze itd.; bóle wzmagają się przy ruchach; chory często układa się na boku ze zgiętymi kolanami, co mu przynosi ulgę w cierpieniu. Pomimo tego, że ropnie na tle rzeżączki dość często przebijają samoistnie do cewki moczowej wskazane jest o ile możności wczesne otwarcie ropnia; znane są bowiem przypadki, gdzie zwlekanie ze zabiegiem pomimo samoistnego przebicia do cewki spowodowało bardzo silne krwawienie, które nie łatwo daje się opanować.

Zapalenie ostre stercza może się samoistnie cofnąć, częściej jednak przychodzi do zropienia. W tym to okresie powstają silne dreszcze, podwyższona ciepłota ze spotęgowaniem się objawów przedmiotowych i podmiotowych. Przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego może być zejściem sprawy ostrej lub od samego początku przebieg ma charakter przewlekły. Obok

niewyraźnych objawów przedmiotowych, jak nieznaczne podrażnienie w cewce, np. w postaci świądu, bolesność przy spółkowaniu, występuje wyciek ujawniony masażem stercza (próba analogiczna do próby Smithé'a przy wyciskaniu czopów na migdałkach) lub wyciek następujący przy oddawaniu stolca. Wyciek taki jest mętny, z mniejszą lub większą zawartością ropy; w obrazie drobnowidowym liczne ciałka białe, ciałka lipoidowe różnej wielkości.

Wildbolz zwrócił uwagę na łatwość powstawania stanów zapalnych stercza na tle chorób zębów i jam nosowo-gardłowych. Widzimy więc z tego, że poza narządem moczowo-płciowym także odległe ogniska ropne mogą być powodem powstawania ropni gruczołu krokowego. Łatwość zakażenia tego narządu, jego budowa, odczyn zasadowy jego wydzieliny, częste stany zastoinowe, spowodowane podrażnieniem płciowym tłumaczą łatwość powstawania utajonych stanów zapalnych tego gruczołu. Okres wylęgania trwać może od kilku dni do kilku tygodni. Ostre zapalenie może dawać objawy podobne do zapalenia tylnej cewki, pęcherza, nowotworu, przerostu lub gruźlicy stercza, *lumbago* itd.

Zapalenie żył okołosterczowych trudno niekiedy odróżnić od stanu zapalnego samego stercza. Badaniem przez kiszkę stolcową w tych przypadkach stwierdza się guzowato zmieniony gruczoł, a zmienione zapalnie żyły przedstawiają się jako zgrubiałe postronki.

Kilaki stercza należą do rzadkości. Tutaj zmiany obustronne najądrza, oraz zwyrodnienie lipoidowe nerek ułatwia rozpoznanie.

Gruźliczo zmieniony gruczoł krokowy przedstawia szereg twardych, płaskich, niebolesnych, nieregularnie rozmieszczonych guzowatości.

Zanik tkanki gruczołowej gruźliczo zmienionej i przejście w ropień trudno stwierdzić obmacywaniem i dopiero wtedy sprawa staje się jasna, gdy ropień przebije do jelit, krocza lub w innym kierunku.

W wydzielinie stwierdzić można dość często prątki Kocha. Schorzenie na tle gruźliczym daje rokowanie niepomyślne. Kamienie stercza prowadzić też mogą do powstania ropnia. Ważne dla rozpoznania jest badanie rentgenologiczne i stwierdzenie trzeszczenia przy badaniu. Środkiem pomocniczym prócz badania palcem przez odbytnicę jest nakłucie gruczołu przez krocze w miejscu podejrzanym o ropień.

Igłę wprowadza się przez części miękkie krocza pod kontrolą palca w odbytnicy do ropnia stercza.

Badanie rentgenologiczne po wypełnieniu pęcherza środkiem kontrastowym ułatwia często znacznie rozpoznanie. Jako środek kontrastowy ma zastosowanie roztwór torotrastu, kolargolu (10%), gdyż nie drażnią one pęcherza.

Krutsson, Folke używają jodipiny, a Chevassu lipiodolu.

Zdjęcia wykonuje się podczas wypełnienia, po wypełnieniu i po oddaniu moczu. Flocks stosuje lipiodol z wodą z dodatkiem tragakantu w postaci zawiesiny. Przed napełnieniem wprowadza się do pęcherza powietrze, zdjęcie wykonuje się w położeniu poprzecznym chorego. Joseph, Hyans wstrzykują masę kontrastową pod ciśnieniem 20 mm słupa rtęci, kontrolując manometrem celem uniknięcia możliwości uszkodzenia błony śluzowej pęcherza i cewki oraz przedostania się środka kontrastowego do naczyń.

Obecnie zarzucono sposoby zdjęć po wypełnieniu pęcherza jodipiną i lipiodolem, gdyż istnieje obawa powstania zatoru tłuszczowego. Dlatego też najchętniej stosuje się w ostatnich czasach uroselektan 30%, perabrodyl docewkowo lub dożylnie. Te sposoby zastąpić mogą, albo uzupełnić badanie uretroskopem.

Ponieważ ropień stercza łatwo daje przerzuty do innych narządów nie należy zwlekać z zabiegiem.

Samoistne opróżnienie się ropnia do cewki jest wprawdzie samowyleczeniem, ponieważ jest ono jednakże niezupełne zdarzają się dość często nawroty, a w następstwie przewlekłe stany zapalne stercza. Gdy ropień przekroczy granice gruczołu powstaje obrzęk w obrębie krocza, a nawet przebicie w tym miejscu. Tkanka okołocewkowa ulega czasem na pewnej przestrzeni martwicy, a ściana cewki uszkodzeniu. Grozić może niebezpieczeństwo powstania nacieku moczowego lub przetoki cewkowej, które jest powikłaniem bardzo niemiłym i powodującym znaczne opóźnienie gojenia się.

Niekiedy ropień opróżnia się do odbytnicy, w innych przypadkach rozprzestrzenia się ku górze, posuwając się wzdłuż pęcherza do tkanki przedotrzewnowej. Ropnie mogą się usadowić na przedniej ścianie jamy brzusznej między pęcherzem a spojeniem łonowym i opadać ku okolicy pachwinowej i talerza biodrowego. Do wolnej jamy brzusznej i otworu zasłonowego przebijają bardzo rzadko. Przy niezupełnym opróżnieniu się ropnia może nastąpić zapalenie pęcherza.

W przypadkach przerostu gruczołu krokowego powikłanych cukrzycą i wyniszczeniem, bardzo często spostrzegamy ropień gruczołu krokowego.

Casper opisuje przypadek, w którym u osoby z przerostem stercza ropień wpłynął pomyślnie na schorzenie powodując zmniejszenie się gruczolaka, co spowodowało zmniejszenie się zaległości. Widzieliśmy i my już przypadek, w którym u starca 75-letniego po nacięciu ropnia stercza zupełne zatrzymanie moczu przeszło w zatrzymanie częściowe. Stosowano też rozmaite zastrzyki, jak nalewki jodowe, jodek potasu, dla wywołania ropnia w tym celu, metody te jednak zostały zarzucone. Bier wstrzykiwał krew zwierzęcą, Payr roztwór Pregla z pepsyną przez krocze do gruczołu dla wywołania aseptycznego stanu zapalnego. Felber próbował leczyć przerost przez wywołanie ropnego zaniku gruczołu. Sposoby te, jako nie odpowiadające zasadom nowoczesnej chirurgii nie przyjęły się. Ropnie stercza powstają we wieku średnim, najczęściej w związku z zakażeniem rzeżączkowym. Okres, kiedy następuje zakażenie dwoinkami Neissera sterczowej części cewki w przebiegu ostrego procesu rzeżączkowego nie jest stały. Opisywane są przypadki ropnia stercza u dzieci w przebiegu rzeżączki.

Leczenie może być zachowawcze i chirurgiczne. Pierwsze stosuje się przy ostrym zapaleniu stercza w okresie początkowym równocześnie z proteinoterapią, leczeniem szczepionkami, ciepłem w rozmaitej postaci, które jest doskonałym środkiem pomocniczym, zwłaszcza przy zapaleniu wywołanym dwoinkami Neissera. Często znajduje zastosowanie diatermia, aparat Arzbergera w modyfikacji Levina (woda w ilości kilku litrów).

Dobre wyniki dają również naświetlania Roentgenem. W okresie ostrego stanu zapalnego masaż gruczołu jest przeciwwskazany, ze względu na niebezpieczeństwo przerzutów i zapalenia najądrza. Niektórzy, jak Barringer opróżniają ropień drogą nakłucia.

Leczenie chirurgiczne należy stosować o ile możności jak najwcześniej. Amerykanie otwierają ropień w okresie początkowym.

Należy podkreślić, że ropnie powstałe drogą krwiobiegu powinny być jak najszybciej nacięte. Ropnie stercza zasadniczo otwiera się od zewnątrz, od strony międzykrocza. Dittel podał pierwszy w roku 1874 metodę operacyjną zastosowując cięcie przez krocze. Kilka lat potem Zuckerkandl zmodyfikował tę metodę przez zmobilizowanie odbytnicy i odsłonięcie stercza od strony międzykrocza. Metoda Stevens'a polega na wprowadzeniu ostrego zgłębnika przez cewkę do ropnia pod kontrolą palca w odbytnicy aż do górnej granicy gruczołu krokowego. Zgłębnik wprowadzony w ten sposób posuwa się o 2 cm wyżej, wykonując jego obrót o 90° w prawo i lewo i przebijając przy tych obrotach ropień. (Metoda niepewna, gdzie pracuje się na oślep, dziś prawie niestosowana).

Nacięcie tylnej części cewki z krocza i przebicie ropnia na tępo również zostało zarzucone.

Albarran i Wossidło zarzucają tej metodzie niedokładność opróżnienia ropnia. Nacięcie ropnia wypuklającego się do światła odbytnicy można wykonać w miejscu wypuklenia w odbytnicy, lecz ze względu na łatwość mieszanego zakażenia należy o ile możności unikać tej metody. Słabą stroną tej metody jest nie tylko powstanie wtórnego zakażenia, ale możliwość powstania przetoki cewkowo-odbytniczej. Niektórzy autorowie, jak Casper i Oraison stosują nacięcie przez odbytnicę w wyjątkowych przypadkach, gdy ropień wypuklający się do kiszki wykazuje skłonności do przebicia w tym kierunku. Ranshoff prowadzi cięcie długości kilku centymetrów nieco powyżej otworu odbytnicy między guzami kości siedzeniowej. Peterson wykonuje cięcie w kształcie odwróconej litery U, a do światła pęcherza wprowadza traktor Younga przy pomocy którego ściąga stercz do krocza; torebkę gruczołu przecina podłużnie, dreny wprowadzone usuwa po tygodniu.

Na Oddziale Urologicznym Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie stosujemy najczęściej otwarcie ropnia przez krocze w uśpieniu eterowym, a w przypadkach gdzie przeciwwskazane jest uśpienie w znieczuleniu krzyżowym lub uśpieniu dożylnym ewipanem. Chory jest ułożony w pozycji grzbietowej ze zgiętymi kolanami, przyciągniętymi do brzucha. Po wprowadzeniu do pęcherza cewnika metalowego lub *bougie*, czasem i bez tego wykonujemy nacięcie podłużne w linii środkowej długości około 8 cm, na wysokość *bulbus uretrae* ku dołowi przez skórę i części miękkie do powięzi miednicowej włącznie. Po przecięciu połączenia między *bulbus* a zwieraczem

zewnętrznym odbytnicy pociąga się tępym hakiem tylną część opuszki wraz z mięśniem poprzecznym krocza ku górze, następnie przecina się mięsień cewkowo-odbytnicowy poprzecznie i po wprowadzeniu palca do odbytnicy zmieniony gruczoł podnosi się ku przodowi i na tępo kleszczykami *(Kornzange)* otwiera się ropień; palec tkwiący w odbytnicy kontroluje położenie narzędzia, które tkwiąc w jamie ropnia przerywa zrosty.

Zależnie od rozmiarów ropnia wkłada się odpowiednią ilość drenów i sączki z gazy jodoformowej. Dreny usuwamy po 7—10 dniach, zostawiając w razie potrzeby sączki. Zaletą tego cięcia jest szybkie gojenie, przy czym rana nie zieje, a blizna pooperacyjna jest prosta.

W krótkości przedstawię kilka przypadków operowanych na Oddziale Urologicznym, które ze względu na swój przebieg zasługują na wzmiankę.

Przypadek I. M. J., lat 22. Ropień stercza.

Od dwóch miesięcy pozostaje w leczeniu z powodu ropnego wycieku cewki na tle rzeżączki. Badanie wykazuje powiększenie gruczołu krokowego do wielkości jabłka, bolesne na ucisk. Ciepłota ciała 37,8°. Leczenie zachowawcze nie daje wyniku, podwyżki ciepłoty się utrzymują. W trzecim dniu pobytu w szpitalu stwierdza się chełbotanie w zakresie płata prawego. Ropień nacięto w typowy sposób przez krocze, założono sączek gumowy i gazę jodoformową. Ponieważ przed zabiegiem było zatrzymanie moczu, spuszczano mocz cewnikiem 2 razy dziennie. W następnym dniu po zabiegu ciepłota ciała spada do normy; z ujścia zewnętrznego cewki moczowej wydobywa się wydzielina ropna, zawierająca dwoinki Neissera. Rana pooperacyjna nie wykazuje dążności do gojenia, przy zakładaniu cewnika stwierdza się zwężenie sterczowej części cewki.

Po kilku dniach wystąpiła nagła podwyżka ciepłoty do 40°, dreszcze i wymioty, leukocytoza 10.000, przytłumienie w zakresie płuca prawego, objawy septyczne. Chory przeniesiony na Oddział Wewnętrzny pozostaje pod dalszą moją obserwacją i opieką; codziennie przepłukuje się pęcherz, oraz zmienia opatrunki. Rana operacyjna nie goi się, wydobywa się stale wydzielina ropna. Tworzące się ropnie w zakresie ramienia nacina się, naciek na pośladku naświetla się promieniami Roentgena. Stan ogólny pogarsza się, wytwarzają się rozległe odleżyny w okolicy pośladkowej i krzyżowej, następuje daleko posunięte charłactwo i zejście śmiertelne w 4 miesiące po zabiegu.

Przypadek II. K. B., lat 24. Ropień stercza szczególnie płata lewego.

Od trzech miesięcy wyciek z cewki, od tygodnia silne bóle w odbytnicy, w ostatnich 2 dniach dreszcze z podwyżką ciepłoty. Badanie wykazuje powiększenie całego gruczołu krokowego zwłaszcza płata lewego; gruczoł jest miękki i wykazuje wyraźne chełbotanie. Wydzielina z cewki w hodowli wykazuje obecność dwoinek Neissera. Chory na zabieg chirurgiczny nie zgadza się.

Po leczeniu zachowawczym ropień przebił do cewki moczowej. W moczu stwierdzono krew i ropę. Krwawienie z cewki nie ustępuje, wzmagając się mimo ustalenia cewnika i przepłukiwania roztworem azotanu srebrowego 1:1000, kolargolu. Poza tym stosuje się zastrzyki koagulenu, peptonu, żelatyny i wapnia. Chory traci codziennie sporą ilość krwi; stan ogólny pogarsza się, wykonano przetaczania krwi, po czym krwawienie ustaje; z powodu osłabienia serca chory otrzymuje digitalis.

Badanie krwi: ciałek czerwonych 2,300.000. Po pewnym czasie poprawia się stan ogólny, miejscowo środki zachowawcze stosowane przez kilka tygodni prowadzą do wyleczenia.

Przypadek III. H. E., lat 25. Ropień stercza.

Zakażenie wiewiórowe przebył przed 6 tygodniami, w ósmym tygodniu pojawiły się trudności w oddawaniu moczu i stolca, oraz bóle. Badanie przez odbytnicę wykazuje powiększenie gruczołu krokowego, w środku wyraźne chełbotanie. Bruzda dzieląca oba płaty zanikła. Z odbytnicy wydobywa się wydzielina ropna, co świadczy o przebiciu ropnia do kiszki. Ciepłota ciała 38°. Silne bóle w kroczu. Otwarto ropień od strony krocza, po nacięciu wydobywa się dość dużo ropy; badanie na dwoinki ujemne. Światło przetoki w odbytnicy wielkości grosza. Po dwóch miesiącach rana w kroczu i odbytnicy zupełnie wygojona.

Przypadek IV. O. S., lat 60. Ropień stercza.

Od 5 tygodni trudności w oddawaniu moczu aż do zupełnego zatrzymania, z cewki wydobywa się treść ropna. W wywiadach brak danych co do przebycia rzeżączki. Badanie wykazuje powiększenie gruczołu sterczowego z wyraźnym chełbotaniem. Nacięto ropień w sposób typowy, do 3 tygodni wygojenie.

Przypadek V. H. M., lat 28. Ropień stercza.

Od 3 tygodni skarży się na trudności w oddawaniu moczu i stolca, dreszcze z podwyższoną ciepłotą. Badaniem stwierdza się stercz bolesny, powiększony; po nacięciu wylewa się wielka ilość ropy. Po miesiącu wyleczenie.

Przypadek VI. H. P., lat 23. Ropień stercza. Kiła utajona.

Od tygodnia skarży się na bóle w zakresie jądra, pieczenie i bóle przy oddawaniu moczu. Badaniem przez odbytnicę stwierdza się chełbotanie w obrębie powiększonego gruczołu krokowego. Nacięto ropień od strony krocza, wylała się znaczna ilość ropy. Po 6 tygodniach wyleczenie.

Przypadek VII. S. M., lat 41. Ropień stercza i przynerkowy po stronie prawej.

Chory cierpi na rozsianą czyraczność na karku i w okolicy siedzeniowej. Przed miesiącem przebył grypę, w czasie której nastąpiły trudności w oddawaniu moczu. Badanie przez odbytnicę wykazuje powiększenie stercza z chełbotaniem. W znieczuleniu krzyżowym nacięto przez krocze ropień i założono dreny. 16 dni po zabiegu nagła podwyżka ciepłoty, bóle w okolicy lędźwiowej prawej. Po kilku dniach wykonano zdjęcie rentgenowskie tej okolicy, na którym widoczne jest zatarcie konturów *m. psoas*. Wytworzyło się wyraźne wypuklenie w okolicy prawej nerki. Badanie krwi: 13.000 leukocytów. W uśpieniu morfinowo-eterowym nacięto ropień okołonerkowy. Po miesiącu chory opuszcza Oddział wyleczony.

Przypadek VIII. M. J., lat 36. Ropień stercza.

Chorób wenerycznych nie przechodził. Przed kilku dniami wystąpiły nagłe dreszcze, podwyżka ciepłoty i bóle w dolnej części brzucha. Dzień po tym parcie na mocz i pieczenie przy oddawaniu moczu. Mocz oddaje w małych ilościach, co kilka minut; trudności w oddawaniu moczu spotęgowały się aż do zupełnego zatrzymania. Badanie wykazuje powiększenie gruczołu krokowego, bolesnego na ucisk; rozlany obrzęk, zwłaszcza po stronie lewej wyczuwa się chełbotanie; ciepłota ciała 39°.



Przyp. VIII. Zdjęcie rentgenowskie (cystografia) po wypełnieniu pęcherza roztworem 10% kolargolu.

Badanie krwi: leukocytoza 28.000. Obraz krwi: segmentowanych 80%, pałeczkowatych 2%, kwasochłonnych 1%, limfocytów 15%, monocytów 2%.

Mocz mętny, z zawartością białka oraz liczne ciałka białe.

Cystografia wykazuje: pęcherz asymetryczny, górne jego kontury nie zarysowują się ostro. Po stronie lewej wyraźny ubytek w wypełnieniu pęcherza. Pęcherz w tym miejscu uniesiony ku górze (guz?, ropień?).

W 6 dniu choroby wykonano w uśpieniu eterowym otwarcie ropnia przez krocze; wylała się olbrzymia ilość ropy; badanie bakteriologiczne wykazało łańcuszkowce. Założono cewnik na stałe.

Po 6 dniach usunięto dreny, zostawiając sączki. Po 24 dniach wygojenie.

Przypadek IX. P. M., lat 32. Ropień stercza.

Przed tygodniem wystąpiło pieczenie i trudności w oddawaniu moczu, od 2 dni chory moczu zupełnie nie oddaje. Po wprowadzeniu cewnika stwierdzono zaległość około 1 litra w pęcherzu. Badaniem przez odbytnicę stwierdza się stercz powięk-

szony, błona śluzowa kiszki nad nim nieco napięta. W środkowej części gruczołu chełbotanie. Wstrzyknięto 2 cm^3 propidonu śródmięśniowo, 2 razy dziennie przepłukuje się pęcherz oraz stosuje aparat Arzbergera. Ciepłota ciała 37,8°. Ropień stercza nacięto w uśpieniu eterowym, do 3 tygodni wyleczenie.

Przypadek X. S. Z., lat 18. Ropień stercza.

Przeniesiony z Oddziału Chorób Skórnych, gdzie leczono go z powodu rzeżączki. Stwierdzono powiększenie gruczołu krokowego, chełbotanie w prawym płacie. Ciepłota ciała 37,5°. Ropień nacięto w typowy sposób. Na drugi dzień stwierdza się, że mocz odchodzi nie cewką, lecz przecieka przez ranę. Próba wprowadzenia cewnika nie udaje się. Dopiero w kilka dni po zabiegu dało się cewnik wprowadzić i ustalić go. Mocz częściowo przecieka przez ranę, częściowo cewnikiem. Cewnik wystaje z rany na długość około 2 cm, co świadczy o przerwaniu ciągłości cewki.

Samopoczucie chorego jest dobre, ciepłota ciała normalna. Cewnik usunięto po 2 tygodniach, cewkę rozszerza się dilatatorami. Raz po rozszerzaniu nastąpiło silne krwawienie, trwające 2 dni. Ustalono znowu cewnik, podaje się sole wapnia dożylnie oraz pepton i koagulen. Rozpoczęto znowu rozszerzanie cewki, a po 6 tygodniach wprowadzono z łatwością cewnik Tiemana nr 17. Rana na kroczu zupełnie wygojona. Kontrola po 3 miesiącach wykazała bliznę podłużną na kroczu. Mocz odchodzi prawidłowo, cewnikowanie łatwe.

Na podstawie materiału chorych operowanych na Oddziale Urologicznym stwierdzić można, że wcześnie otwarty ropień goi się przeważnie i najczęściej bez powikłań. Na 28 przypadków operowanych jeden tylko skończył się śmiertelnie, i to z powodu powikłań niezależnych od zabiegu (posocznica).

Rokowanie ropni w porę rozpoznanych i operowanych jest prawie zawsze pomyślne.

Jabłoński i opisuje 23 przypadki ropnia stercza, z których jeden skończył się zejściem śmiertelnym z powodu ropnia okołonerkowego.

I w jednym z naszych przypadków rozwinął się ropień okołonerkowy, skończył się jednak po wczesnym otwarciu ropnia pomyślnie.

Wczesne nacięcie ropnia jest wskazane dlatego, że:

1) chroni przed nawrotami, 2) przed przebiciem do narządów sąsiednich i nadżarciem naczyń, 3) przed zakażeniem ogólnym.

Ropnie powstałe drogą krwiobiegu dają rokowanie gorsze, zwłaszcza w przypadkach zaniedbanych. Ropnie powstałe drogą cewki, głównie na tle rzeżączkowym należy też wcześniej otwierać, gdyż zachowawczo wyleczone pozostawiają często ogniska, będące siedliskiem drobnoustrojów, które nawet przez całe lata mogą być utajonym źródłem przerzutowych zakażeń.

Piśmiennictwo:

J. Albarran: Médecine opératoire des voies urinaires. 1909. — H. K. Corning: Lehrbuch der topograph. Anatomie. 1922. — A. Gridnev: Zeitschr. Urol. Chir. 1933. — Cruz Manuel: Zum Studium der Urethrografie. T. 41. Z. 3. — Robert Lichtenstern: Urolog. Operationslehre. Wien, 1935. — Alfonzo u. Emilio de la Pena: Zeitsch. f. Urol. Chir. 1934. — Blum: Wien. klin. Woch. T. II. 1934. — O. Zuckerkandl: Wien. klin. Woch. 1891. — W. Wildbolz: Lehrbuch der Urologie. 1931. — Casper: Lehrbuch der Urologie. 1932. — Garré, Küttner, Lexer: Handbuch der Chirurgie. 1923. — Drucker H.: Pol. Gaz. Lek. 1936. — Johann Rivoir: Zeitschr. f. Urol. Chir. u. Gyn. Bd. 42. 1936. — H. Boeminghaus: Zblt. f. Chir. Nr 16. 1936.

Dr Tadeusz KONIAR. Asystent Oddziału. Kraków.

O wartości leczniczej tiosiarczanu srebrowo-sodowego [1]) w rzeżączce cewki moczowej u mężczyzn.

Doświadczenia kliniczne.

Z Oddziału Chorób Skórnych i Wenerycznych Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Ordynator: Doc. Dr Henryk Reiss.

Tiosiarczan srebrowo-sodowy jest to związek nieorganiczny srebra, o dość dużej zawartości czystego srebra, bo około 32%. Wzór jego chemiczny jest następujący: $Ag_2S_2O_3 + 2Na_2S_2O_3 + 2H_2O$. Jest to biały krystaliczny proszek, łatwo rozpuszczalny w wodzie. Zaletą tiosiarczanu srebrowo-sodowego jest to, że jego roztwór wodny jest bezbarwny, przez co nie plami skóry ani bielizny.

Doświadczeń obcych stosowania tiosiarczanu srebrowo-sodowego w leczeniu rzeżączki nie przytaczam, lecz odsyłam czytelnika do odpowiedniego piśmiennictwa, podanego na końcu niniejszej pracy.

H. Reiss w badaniach działania wstrzykiwanych przetworów srebrowych o oddziaływaniu zasadowym wykazał, że środki te, obok właściwego działania bakteriobójczego, dzięki temu, że zwiększają stężenie jonów wodorotlenowych w środowisku zapalnym cewki moczowej, przyspieszają znikanie gonokoków w błonie śluzowej cewki; potwierdziły to moje spostrzeżenia przy stosowaniu tiosiarczanu srebrowo-sodowego z dodatkiem dwuwęglanu sodowego.

Doświadczenia moje ze stosowaniem tiosiarczanu srebrowosodowego oparłem na badaniu chorych leżących w szpitalu, na badaniach chorych przychodni oraz takich chorych, których z początku leczono ambulatoryjnie, a później przyjęto do szpitala, jak i na badaniu chorych, którzy przebywali zrazu na oddziele z powodu powikłań, a kiedy te ustąpiły, leczonych w przychodni.

W swoich badaniach postępowałem w ten sposób, że w leczeniu rzeżączki przedniej części cewki stosowałem wstrzykiwania samego tylko tiosiarczanu srebrowo-sodowego od początku leczenia aż do samego końca. Następnie w leczeniu rzeżączki całej cewki od początku do końca leczenia stosowałem sam tylko tiosiarczan srebrowo-sodowy, jako wstrzykiwania docewkowe i przepłukiwania cewki i pęcherza sposobem Janeta oraz wstrzykiwania do tylnej części cewki sposobem Guyon'a. Chorym polecono wstrzykiwać nawet w okresie zapalenia całej cewki, o ile tylko nie było parcia na mocz. Nie podawałem żadnych innych środków działających objawowo, jak środki balsamiczne, czy ziółka, wreszcie nie podawałem środków wyjaławiających mocz, aby podawanie tych innych środków nie zacierało mi wyników leczenia tiosiarczanem srebrowo-sodowym.

Przypadki z powikłaniami narządów miąższowych leczyłem w myśl ogólnie znanych zasad: np. stosowałem leczenie odpornościowe (szczepionki), nagrzewanie sposobem Arzbergera, przegrzewania prądem diatermicznym, a gdy tylko mijały objawy powikłań i powstawały wskazania do leczenia miejscowego, stosowałem od początku leczenia do końca sam tiosiarczan srebrowo-sodowy.

Poza tym stosowałem w części przypadków sam wodny roztwór tiosiarczanu srebrowo-sodowego, w innych znów roztwór wodny tiosiarczanu srebrowo-sodowego z dodatkiem sody (*natrium bicarbonicum*) w stosunku 0,4 g *natrii bicarbonici* na 100 g roztworu.

Stężeń tiosiarczanu srebrowo-sodowego używałem następujących:

1) do wstrzykiwań do przedniej części cewki od 1/4% do 1% (0,5/200; 1/200; 2/200);

2) do przepłukiwań cewki i pęcherza moczowego sposobem Janeta od 1:10000—1:1000 (od 0,01%—0,1%).

3) do wstrzykiwań do tylnej części cewki moczowej sposobem Guyon'a od 1/4%—2,5%.

Stopień stężenia roztworów, używanych do wstrzykiwań do cewki zmieniałem w ten sposób, że chory zaczynał wstrzykiwania od stężenia 1/4% (0,5/200) przez 7 do 18 dni, następnie przechodził do wstrzykiwań 1/2% (1/200) przez 5 do 17 dni, wreszcie 1% (2/200) przez 2 do 16 dni. Wszyscy chorzy wstrzykiwali 4 razy dziennie i przetrzymywali płyn w cewce przez 5 minut.

Przepłukiwania sposobem Janeta tiosiarczanem srebrowosodowym stosowałem w przypadkach zajęcia rzeżączkowego całej cewki aż do oczyszczenia się drugiej części moczu.

Wstrzykiwania tiosiarczanu srebrowo-sodowego do tylnej części cewki sposobem Guyon'a stosowałem także zawsze i w tych przypadkach kiedy druga część moczu była już czysta po uprzednim zajęciu sprawą chorobową całej cewki i kiedy w wydzielinie z cewki nie znajdowałem już gonokoków, a nawet kiedy toczył się podostry stan zapalny w całej cewce, choć w wycieku były jeszcze gonokoki. Spostrzeżenia kliniczne chorych prowadziłem w ten sposób, że codziennie u każdego chorego, zarówno leżącego na oddziele, jak i u przychodzącego (przychodzący mieli polecone zgłaszać się codziennie w czasie całego leczenia rzeżączki) badałem mikroskopowo wydzielinę oraz badałem mocz.

Wyleczenie rzeżączki stwierdzałem w ten sposób, że po skończeniu leczenia i po wyczekiwaniu kilkudniowym stosowałem podrażnienie (Lugol, Guyon z 2% *argentum nitricum*, szczepionka, a u dochodzących jeszcze alkohol).

---

[1]) Preparat wyrabiany przez wytwórnie krajowe.

Opieka nad chorymi trwała około 5 miesięcy. Wszystkich przypadków miałem 35, w tym 8 przypadków nie do końca, albowiem z różnych przyczyn straciłem je z oczu. Ogólnie można powiedzieć, że wpływ tiosiarczanu srebrowo-sodowego z dodatkiem sody na wydzielinę makroskopowo był już taki, że wydzielina ropna czy też śluzowo-ropna bardzo szybko przechodziła w śluzową, następnie bardzo szybko zjawiała się miazga komórkowa, co potwierdzało badanie drobnowidowe. Leukocyty bardzo szybko znikały, a pojawiał się śluz bezpostaciowy lub w nitkach. Siła dwoinkobójcza tiosiarczanu srebrowo-sodowego z dodatkiem *natrium bicarbonicum* okazała się bardzo duża, bo w ogóle na 2 czy 3 dzień gonokoki znikały z pola widzenia, natomiast bez dodatku sody siła ta była słabsza, gonokoki utrzymywały się dłużej. Wpływu bakteriobójczego na inne bakterie nie dało się stwierdzić. Chorzy w ogóle znosili wstrzykiwania dobrze, jedynie tylko skarżąc się od czasu do czasu na uczucie pieczenia i to od chwili kiedy zaczynali wstrzykiwać, albo też z chwilą zmiany stopnia stężenia leku. To uczucie szczypania czy pieczenia utrzymywało się parę godzin, a potem bezpowrotnie ustępowało. W niektórych przypadkach widziałem, że po wstrzykiwaniu tiosiarczanu srebrowo-sodowego w zapaleniu przedniej części cewki pojawiało się zmętnienie także i drugiej części moczu, które po przerwaniu wstrzykiwania na dzień lub dwa ustępowało.

Co do stosowania przepłukiwań sposobem Janeta w przypadkach zajęcia tylnej części cewki widziałem, że zwykle jeśli druga część moczu miała się oczyścić, następowało to po kilku przepłukiwaniach Janeta (3 do 5), a jeśli wtedy jeszcze to oczyszczenie nie nastąpiło, to również nie następowało ono nawet po bardzo wielkiej liczbie przepłukiwań (15 do 20); a nawet powstawało zapalenie pęcherza moczowego (co stwierdzano urologicznie), jako wynik podrażnienia pęcherza tiosiarczanem srebrowo-sodowym.

Następnie widziałem, że stosowanie wstrzykiwań do tylnej części cewki sposobem Guyon'a w przypadkach zajęcia całej cewki, kiedy już gonokoków nie znajdowałem w wycieku, a kiedy jeszcze drugi mocz był mętny, że to wstrzykiwanie nie wpływało dodatnio na oczyszczanie się drugiego moczu; w tych zaś przypadkach kiedy na początku cała cewka była objęta sprawą chorobową, i kiedy gonokoków już w wydzielinie nie było, oraz kiedy był już czysty drugi mocz, wkraplanie do części tylnej cewki tiosiarczanu srebrowo-sodowego nie wywoływało zmętnienia drugiej części moczu.

Po tych ogólnych uwagach o stosowaniu tiosiarczanu srebrowo-sodowego przystąpię teraz do bardziej szczegółowego podziału leczonych, których podzieliłem na 8 grup.

Grupa I zawiera przypadki przewlekłego zapalenia całej cewki. W tej grupie leczyłem 7 chorych. W tym było 3 przychodzących od początku leczenia, aż do wyleczenia, 2 leczonych w szpitalu od początku choroby aż do jej ukończenia, 1 chory początkowo leżący w szpitalu, a następnie dochodzący aż do wyleczenia, 1 z początku leczony w szpitalu, a następnie wypisany ze szpitala nie zgłosił się tak, że nie widziałem go aż do samego wyleczenia. W tej grupie jest trzech dochodzących, leczonych od początku choroby, aż do wyleczenia, u których stosowałem tiosiarczan srebrowo-sodowy bez dodatku węglanu sodowego, 4 zaś przypadki, w których stosowałem tiosiarczan srebrowo-sodowy z dodatkiem *natrium bicarbonicum.*

W tych 3 przypadkach, w których stosowałem sam tiosiarczan srebrowo-sodowy bez dodatku dwuwęglanu sodowego leczenie miejscowe trwało od 34 do 54 dni. Gonokoki znikały z pola widzenia między 5 a 22 dniem. W 2 z tych przypadków po stosowaniu przepłukiwań sposobem Janeta, pojawiły się objawy zapalenia pęcherza (stwierdzone cystoskopowo i badaniem osadu moczowego). W 1 z tych przypadków po 6 przepłukaniach sposobem Janeta drugi mocz oczyścił się. Zmiana wydzieliny ropnej w śluzową w tych 3 przypadkach następowała mniej więcej 20 dnia leczenia miejscowego. Miazgę komórkową można było stwierdzić w obrazie mikroskopowym w tych 3 przypadkach między 13 a 20 dniem leczenia miejscowego.

W 4 przypadkach tej grupy stosowałem tiosiarczan srebrowo-sodowy z dodatkiem dwuwęglanu sodowego. Leczenie miejscowe trwało od 22 do 27 dni. Gonokoki w tych przypadkach znikały między 2 a 6 dniem. Wydzielina ropna przechodziła w śluzową między 2 a 10 dniem leczenia miejscowego, miazga komórkowa pojawiała się między 3 a 18 dniem leczenia miejscowego. W tych przypadkach mimo stosowania wielkiej ilości przepłukiwań sposobem Janeta (bo w 1 przypadku aż 14) mocz drugi się nie oczyszczał, dopiero w kilka dni po skończeniu leczenia oba mocze samorzutnie się oczyściły. W jednym z tych przypadków, gdzie leczenie miejscowe trwało przez 23 dni, po zastosowaniu podrażnienia nastąpił nawrót rzeżączki.

Grupa II zawiera przypadki ostrego zapalenia całej cewki. W tej grupie jest 6 chorych. W tym 2 leczonych szpitalnie od początku leczenia do końca (w tym 1 chłopczyk 5-letni). W tej grupie również 2 dochodzących, 1 od początku leczenia aż do końca, drugi nie do końca leczenia, albowiem chorego powołano do wojska. Jeden początkowo leczony jako dochodzący, następnie w szpitalu, 2 leczonych w szpitalu, lecz nie do końca leczenia, albowiem przed końcem leczenia opuścili szpital.

W tej grupie w 3 przypadkach stosowałem od początku leczenia do końca tiosiarczan srebrowo-sodowy z dodatkiem dwuwęglanu sodowego, a w 3 przypadkach tiosiarczan srebrowo-sodowy bez dodatku *natrium bicarbonicum.*

W przypadkach gdzie stosowałem leczenie tiosiarczanem srebrowo-sodowym bez dwuwęglanu sodowego, leczenie trwało od 30 do 53 dni. W 2 przypadkach po zastosowaniu przepłukiwań sposobem Janeta chorzy dostali zapalenia pęcherza stwierdzonego badaniem cystoskopowym i badaniem osadu moczu, w 1 przypadku po 6 przepłukiwaniach cewki oczyścił się drugi mocz. Gonokoki znikały między 2 a 29 dniem leczenia miejscowego. Wydzielina ropna we wszystkich tych 3 przypadkach utrzymywała się długo, a miazga komórkowa zjawiała się około 12—15 dnia leczenia miejscowego.

W 3 przyp. tej grupy, a raczej w 2, bo 1 chory nie skończył leczenia, stosowałem tiosiarczan srebrowo-sodowy z sodą. Czas trwania leczenia wynosił od 20 do 21 dni. Gonokoki znikały między 2 a 10 dniem z pola widzenia. Wydzielina ropna zmieniała się na śluzowa około 3—4 dnia, a miazga komórkowa pojawiała się na 3—5 dzień leczenia miejscowego.

Grupa III zawiera przypadki zapalenia przewlekłego całej cewki moczowej z zapaleniem najądrza. W tej grupie jest 10 chorych. W tym było 5 chorych leczonych od początku do końca w szpitalu, 4 początkowo było szpitalnie leczonych, a potem w przychodni do końca leczenia, 1 przypadek leczony w szpitalu, lecz nie dokończył leczenia.

W tych wszystkich przypadkach stosowałem tiosiarczan srebrowo-sodowy z dodatkiem dwuwęglanu sodowego. Leczenie miejscowe rozpoczynałem po 11 do 24 dniach trwania choroby. Leczenie miejscowe trwało od 14 do 26 dni. Gonokoki znikały z pola widzenia między 2 a 5 dniem leczenia miejscowego, wydzielina z ropnej zmieniała się w śluzową bądź śluzowo-ropną między 2 a 4 dniem, miazga komórkowa pojawiała się między 3 a 12 dniem leczenia miejscowego.

W jednym z tych przypadków mocz drugi po 4 przepłukiwaniach cewki i pęcherza sposobem Janeta oczyścił się, w innych do końca leczenia pozostał mętny, powodując w jednym przypadku zapalenie pęcherza moczowego stwierdzone cystoskopowo i badaniem osadu moczu. W jednym z przypadków zastosowano wstrzykiwania do cewki sposobem Guyon'a, skoro tylko druga część moczu była już czysta; zabiegi te nie spowodowały zmętnienia drugiego moczu.

Dwa przypadki z tej grupy wymagają szczególnego omówienia. W jednym z nich utrzymywały się gonokoki w polu widzenia przez 41 dni, lecz w tym przypadku stwierdzono naciek w ścianie przedniej części cewki, który leczono mięsieniem na prostym zgłębniku metalowym i przepłukiwaniami cewki oraz pęcherza sposobem Janeta, albo wstrzykiwaniami do tylnej części cewki sposobem Guyon'a na przemian codziennie; kiedy w 42 dniu leczenia znikły gonokoki z pola widzenia, chory wstrzykiwał jeszcze do przedniej części cewki przez 13 dni i po przeprowadzeniu kontrolnych badań po podrażnieniu wypisano go ze szpitala.

W drugim przypadku na drugi dzień leczenia miejscowego znikły w wydzielinie gonokoki. Chory wstrzykiwał przez 26 dni, otrzymał 14 przepłukiwań sposobem Janeta i dostał zapalenia pęcherza, wskutek czego przerwano leczenie miejscowe przeciwrzeżączkowe i po kilku dniach znaleziono znów gonokoki; dalej już chorego nie widziano, gdyż nie zgłosił się więcej do przychodni.

Grupa IV zawiera przypadki zapalenia przewlekłego całej cewki, powikłanego zapaleniem gruczołu krokowego. W tej grupie leczyłem 4 chorych, w tym 3 szpitalnie, 2 od początku leczenia do końca, trzeci przed ukończeniem leczenia opuścił szpital. Jeden chory z tej grupy był leczony z początku w szpitalu, a potem w przychodni. W tych przypadkach stosowałem tiosiarczan srebrowo-sodowy z dodatkiem *natrium bicarbonicum.* Leczenie miejscowe rozpoczynano w 11 do 26 dniu rzeżączki, skoro tylko ustąpiły objawy powikłań. Cały czas leczenia w tych przypadkach trwał od 20 do 26 dni. Gonokoki znikały z wydzieliny między drugim a trzecim dniem, wyciek z ropnego zmieniał się w śluzowy, bądź śluzowo-ropny, na drugi bądź też na trzeci dzień od chwili rozpoczęcia wstrzykiwań, miazga komórkowa pojawiała się między 3 a 10 dniem.

W jednym z tych przypadków miał chory za sobą 13 dni leczenia miejscowego i samowolnie przestał wstrzykiwać, wobec czego przerwałem w dalszym ciągu leczenie, lecz na 5 dzień pojawiły się gonokoki, następnie chory rozpoczął znowu leczenie miejscowe; gonokoki znikły z pola widzenia na drugi dzień, lecz po 11 dniach chory na własne żądanie opuścił szpital.

Grupa V zawiera przypadki zapalenia przewlekłego całej cewki z zajęciem najądrza i gruczołu krokowego. W tej grupie leczyłem 3 chorych, w tym 1 szpitalnie od początku do końca, 2 przypadki początkowo szpitalnie, potem w przychodni. W tych przypadkach stosowałem tiosiarczan srebrowo-sodowy z dodatkiem *natrium bicarbonicum*. Leczenie miejscowe rozpoczynano w 14 lub 15 dniu. Leczenie miejscowe od 9 do 28 dni. Gonokoki znikały między 2 a 4 dniem z pola widzenia od chwili leczenia miejscowego, wydzielina z ropnej zmieniała się w śluzowo-ropną 3 lub 4 dnia, miazga komórkowa pojawiała się na 6 dzień.

U jednego z chorych w tej grupie stosowano wstrzykiwania do tylnej części cewki sposobem Guyon'a przy czystej drugiej części moczu; ten zabieg nie spowodował zmętnienia drugiej części moczu.

Jeden z chorych tej grupy wymaga osobnego omówienia. Jest to przypadek zapalenia całej cewki powikłanego zajęciem najądrza prawego i gruczołu krokowego. Przez 9 dni od początku stosowano leczenie: szczepionki, nagrzewanie sposobem Arzbergera, nasiadówki, a kiedy tylko obrzęk i bolesność najądrza i gruczołu krokowego ustąpiły, mimo, że się jeszcze w wycieku znajdowały gonokoki i mimo, że oba mocze były jeszcze mętne, zastosowano leczenie miejscowe; wstrzykiwania i przepłukiwania sposobem Janeta. Po dziewięciu dniach leczenia miejscowego i przepłukiwaniach sposobem Janeta, przerwano jednak leczenie miejscowe (ponieważ chory dostał zapalenia pęcherza) i leczono chorego dalej na zapalenie pęcherza: gdy wreszcie zapalenie pęcherza ustąpiło, przerwano w ogóle leczenie miejscowe, a choremu jeszcze przez 15 dni badano wydzielinę drobnowidowo. Gonokoków w tym okresie czasu już nie stwierdzono.

Grupa VI zawiera przypadki zapalenia rzeżączkowego przewlekłego całej cewki powikłanego zapaleniem stawów. W tej grupie mieszczą się dwa przypadki od początku leczenia do końca leczone szpitalnie. U nich stosowałem tiosiarczan srebrowo-sodowy z dodatkiem dwuwęglanu sodowego. Leczenie miejscowe zaczynałem po 15 dniach. Leczenie miejscowe trwało od 19 do 24 dni. Gonokoki znikały z pola widzenia w 2 dniu leczenia miejscowego, wydzielina z ropnej zamieniała się w śluzowo-ropną i rychło później w śluzową w 2—3 dniu leczenia, miazgę komórkową spostrzegano w obrazie drobnowidowym wydzieliny już w 5 dniu leczenia.

W jednym przypadku, z tego powodu, że oba mocze były mętne, nadal przepłukiwano choremu cewkę sposobem Janeta, a następnie wstrzykiwano choremu do cewki tiosiarczan srebrowo-sodowy z sodą sposobem Guyon'a, lecz mimo to druga część moczu się nie oczyściła.

Grupa VII obejmuje chorych z zapaleniem przewlekłym przedniej części cewki moczowej. W tej grupie obaj chorzy byli leczeni w szpitalu, lecz jeden z nich nie do końca, albowiem chory wypisał się ze szpitala. Stosowałem u nich tiosiarczan srebrowo-sodowy z dodatkiem dwuwęglanu sodowego. Czas leczenia wynosił 31 dni. Gonokoki znikały z pola widzenia na drugi dzień po rozpoczęciu wstrzykiwań, wydzielina ropna zmieniała się na śluzowo-ropną w 3 bądź 5 dniu, a rychło potem w śluzową, miazga komórkowa pojawiała się w 5 dniu.

Grupa VIII zawiera przypadki zapalenia rzeżączkowego ostrego przedniej części cewki. Spośród tych chorych dwu leczono w przychodni, lecz bardzo krótko, albowiem chorzy więcej się nie zgłosili. W tych przypadkach stosowałem tiosiarczan srebrowo-sodowy z dodatkiem sody. W ostrym okresie choroby skarżyli się chorzy na uczucie pieczenia w cewce, które jednak po 3—4 wstrzyknięciu ustępowało. Gonokoki znikały z pola widzenia w 4 dniu, wydzielina ropna zamieniała się w śluzowo-ropną w 2 dniu leczenia miejscowego.

Zbierając wyniki doświadczeń niniejszych mogę powiedzieć, że tiosiarczan srebrowo-sodowy jest silnym środkiem gonokokobójczym zwłaszcza z dodatkiem dwuwęglanu sodowego. Przy stosowaniu tego środka znikają gonokoki z pola widzenia bardzo szybko, na 3—4—5 dzień miejscowego leczenia, podczas gdy przy stosowaniu innych soli srebrowych znikają około trzeciego tygodnia leczenia. Trzeba być jednak ostrożnym przy stosowaniu go do przepłukiwań cewki i pęcherza sposobem Janeta, albowiem może on czasem wywołać zapalenie pęcherza moczowego. Jak wynika z doświadczeń ze stosowaniem tiosiarczanu srebrowo-sodowego z dodatkiem sody czy też bez sody, do przepłukiwań cewki i pęcherza sposobem Janeta, w niewielkiej liczbie przypadków druga część moczu oczyszczała się zaraz z początku po kilku przepłukaniach, przeważnie zaś pozostawała ona mętna nadal, przy czym często powstawały objawy zapalenia pęcherza moczowego. Zatem tiosiarczan srebrowo-sodowy nie nadaje się zasadniczo do przepłukiwań cewki i pęcherza moczowego sposobem Janeta. Co do wartości leczniczej tiosiarczanu srebrowo-sodowego w zakresie wstrzykiwań metodą Guyon'a wspomniałem w opisie poszczególnych grup przypadków; tu jeszcze zaznaczę, że kiedy stosowano wstrzykiwania do cewki sposobem Guyon'a w okresie zmętnienia także i drugiej części moczu, to pod wpływem tego zabiegu druga część moczu się nie oczyszczała. Jeżeli chodzi o wartość leczniczą co do skrócenia czasu leczenia rzeżączki tiosiarczanem srebrowo-sodowym, to jest ona o wiele większa, niż u innych soli srebrowych, gdzie leczenie trwa mniej więcej 5—6—7 tygodni. Natomiast stosując tiosiarczan srebrowo-sodowy zwłaszcza z dodatkiem sody, można otrzymać skuteczny wynik leczniczy już po 26—27 dniach.

Również podkreślić należy wybitny wpływ tiosiarczanu srebrowo-sodowego na wysięk zapalny w rzeżączce, który pod wpływem stosowania tego leku bardzo szybko, bo na trzeci lub czwarty dzień, z ropnego zmienia się na śluzowo-ropny, a nawet czasami w śluzowy.

Z innych jeszcze zalet trzeba podkreślić to, że roztwór jest bezbarwny.

W zapasie zatem środków przeciwrzeżączkowych mamy jeszcze jeden lek bardzo cenny.

Piśmiennictwo:

R. Polland: Münchener Med. Wochenschrift. Nr 25. 1930. — D. Nitschke: Dermatologische Wochenschrift. Nr 43. 1928.

Pułkownik Dr Teofil KUCHARSKI. Poznań.
Docent Uniwersytetu Poznańskiego.

Lecznicze działanie związków chemicznych zawierających grupę p-aminobenzenosulfamidową.

I. Prontosil.

Praca wykonana w Szpitalu Wojskowym w Poznaniu.

Dokończenie.

Otitis media et mastoiditis acuta. Jeden przypadek. Junak S. J., lat 16, przybył do szpitala dnia 9. XII., rozpoznano *otit. m. et mastoid. sin. ac.*, z ucha wyciek ropny, w wycieku paciorkowiec hemolityczny, chory kwalifikuje się do leczenia operacyjnego, podano jednak tytułem próby 2 razy dziennie po 2 tabletki prontosilu i 5 cm^3 *prontos. sol.* domięśniowo, chory po raz pierwszy od kilku dni śpi spokojnie. Otrzymuje w dalszym ciągu prontosil aż do 13 dnia. Czwartego dnia pobytu w szpitalu spadek ciepłoty, wyciek z ucha śluzowy, w małej ilości, dnia 16 ucho suche. Dalszy przebieg: od 17 dnia stan podgorączkowy, dnia 29 ropowica grzbietu prawej ręki (sprawa niewątpliwie w związku z pierwotnym zakażeniem), zapalenie dróg chłonnych i gruczołów chłonnych kończyny górnej prawej. Z braku prontosilu podano pastylki septaziny L. Spiess, preparat analogiczny do prontosilu i o podobnym działaniu, w 3 dni spadek ciepłoty, ustąpienie objawów zapalnych.

W przypadku powyższym możemy mówić o pomyślnym działaniu prontosilu.

Pansinuitis nasalis. W jednym przypadku zajęcia wszystkich zatok nosowych, zastosowanie prontosilu spowodowało ogólną poprawę, po 3 dniach spadek gorączki, chory śpi. Do zupełnego wyleczenia jednak podawanie prontosilu nie doprowadziło.

Phlegmona. W 2 przypadkach ropowicy obok leczenia chirurgicznego podano prontosil. Czas leczenia był krótszy.

Furunculosis. U chorego W. J., lat 23, 8 rozsianych czyraków wielkości 20-groszówki do 5-złotówki i 11 wykwitów liszaja gronkowcowego. Przez 6 dni podawano po 6 tabletek prontosilu i 1 zastrzyku 5 cm^3 *pront. s.*, miejscowo nic nie robiono. Już po 2 dniach ustąpiło uczucie bólu, gorąca i napięcia, obrzęk, zaczerwienienia zwolna ustępują, po 6 dniach zupełne ustąpienie objawów choroby, poza zasinieniem i pewną sztywnością skóry w miejscu większych czyraków. W ciągu 2-tygodniowej obserwacji nawrotów nie było.

W drugim przypadku M. B., lat 21, stwierdza się czyraczność uda prawego, obrzęk gruczołów pachwinowych, obrzęk zapalny części miękkich górnej połowy uda prawego i moszen, gorączka 40°, po podaniu prontosilu przez 4 dni gorączka ustępuje,

a po dalszych 2 dniach ciepłota prawidłowa, obrzęk ustępuje, a czyraki zanikają.

Trzeci przypadek W. R., lat 21 wykazał podobny przebieg jak pierwszy.

Wszystkie przypadki wykazują niewątpliwą skuteczność prontosilu.

Pyelitis adult. U chorej B. C., która przed kilku miesiącami leczyła się przez 3 tygodnie na zapalenie miedniczek nerkowych, stwierdza się dnia 1. XII. nawrót cierpienia. Przez 7 dni otrzymuje chora po 2 zastrzyki dziennie a 5 cm³ *pront. s.* Dnia 1. XII. w osadzie moczu 60—80 leukocytów w polu widzenia, dnia 8. XII. 0—3 leukocytów w polu widzenia.

Zastosowano leczenie prontosilem, podając 4—6 tabletek prontosilu doustnie, w 4 przypadkach wyleczenie po 4, 6, 10, 11 dniach, we wszystkich przypadkach leczenie poprzedzające leczenie prontosilem było bezskuteczne, choć trwało dłużej niż leczenie prontosilem. W piątym przypadku po 3 dniach leczenia prontosilem uzyskano poprawę, ale chora na własne życzenie opuściła szpital. Z posiewu moczu chorych wyhodowano 1 raz *micrococ. tetrag.*, 1 raz *microc. crassus*, 2 razy *bact. coli.*

Pyelitis gravidarum. Wszystkie przypadki zapalenia miedniczek nerkowych a zwłaszcza tak zazwyczaj oporne na leczenie przypadki u ciężarnych wykazały skuteczność leczniczą prontosilu.

Pleuritis pur. streptoc. Leczenie prontosilem w obu przypadkach dało wynik ujemny. Były to jednak przypadki o przebiegu wybitnie przewlekłym, leczenie zaczęto dość późno i po 6 dniach przerwano. Przypadki nie pozwalają na wyciągnięcie żadnych wniosków o skuteczności leczniczej prontosilu.

Pleuritis pur. tbc. Szeregowiec L. S., lat 21, w szpitalu od 20. VII. 1936 z powodu gruźlicy jamistej lewego płuca, leczony odmą, w plwocinie obecne prątki Kocha. Dnia 26. IX. stwierdzono zapalenie surowiczo-ropne opłucnej prawej i gorączkę 40°, w płynie wysiękowym stwierdzono dnia 28. IX., 9. X., 16. X. prątki Kocha, innych bakteryj nie znaleziono. Leczono odciąganiem strzykawką wysięku i podawaniem prontosilu 3 razy dziennie po 2 pastylki. Dnia 26. IX. wydobyto 500 cm³ wysięku, dnia 8. X. 800 cm³, dnia 16. X. 500 cm³, w dniu tym dopełniono odmę, prontosil podawano przez 25 dni, tj. ogółem podano 45 g. Początkowo przez 7 dni gorączka zwalniająca, potem stany podgorączkowe, od 22. X. ciepłota prawidłowa z okresowymi podskokami gorączkowymi, ostatnie nakłucia wykonano dnia 6. XI., wydobyto 250 cm³ wysięku. W dalszym przebiegu stała poprawa. Wypisany ze szpitala dnia 9. I. 1937 r. w dobrym stanie ogólnym, z założoną odmą, przy braku prątków Kocha w plwocinie.

Przypadek bardzo zachęca do dalszych prób.

Encephalitis lethargica. W przypadku tym podano prontosil w późnym okresie choroby. Chory zmarł. Brak podstaw do wyciągania jakichkolwiek wniosków.

Meningitis cerebrospin. epid. Te 3 przypadki leczono odpuszczaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, surowicą przeciwmeningokokową i prontosilem. Pomyślnie przebiegający przypadek należał do lekkich, niepomyślne przypadki zdają się wskazywać, że prontosil w *mening. cer. ep.* nie ma działania leczniczego. W obydwu przypadkach zakończonych śmiercią nie stwierdziliśmy obecności prontosilu w płynie mózgowo-rdzeniowym, nakłucie lędźwiowe, wykonane w jednym przypadku w 1½ godz. po zastrzyku prontosilu, nie wykazało prontosilu w płynie mózgowo-rdzeniowym, gdy mocz w tym czasie zawierał prontosil. Poza możliwością nieatakowania meningokoków przez prontosil można myśleć o braku działania prontosilu z powodu nieprzenikania do płynu mózgowo-rdzeniowego.

Osteomyelitis acuta. W tym przypadku stwierdziło się polepszenie się stanu choroby po prontosilu, zmniejszenie i zanik wysięku z przetok. Przypadek ten znamienny i przez to, że prontosil podano w okresie wystąpienia powikłania ze strony nerek pod postacią *glomerulonephritis acuta.* Choroba nerek nie uległa pogorszeniu, przeciwnie polepszeniu. Przypadek przemawia za prawdopodobnie skutecznym leczeniem *osteomyelitis* przez prontosil i zdecydowanie za nieszkodliwością prontosilu dla nerek.

Przypadki leczone prontosilem możemy podzielić na 3 grupy: 1) w których wynik pomyślny leczenia należy przypisać użyciu prontosilu; 2) co do których zachodzi wątpliwość, czy wynik pomyślny zależał od użycia prontosilu, wreszcie 3) takie, w których zastosowanie prontosilu dało wynik ujemny. Do pierwszej grupy należą przypadki róży i jeden przypadek erysipeloidu, 1 przypadek ciężkiej płonicy, 1 przypadek ostrego zapalenia ucha środkowego, 1 przypadek ostrego zapalenia ucha środkowego i wyrostka sutkowego, 3 przypadki czyraczności, 5 przypadków zapalenia miedniczek nerkowych u ciężarnych, razem 40 przypadków. Do drugiej grupy należą: 6 przypadków ostrego zapalenia gardła, 4 przypadki płonicy, 2 przypadki zakażenia ogólnego, dwa przypadki ropowicy, po 1 przypadku ostrego gośćca stawowego, zapalenia zatok nosowych, ropnego gruźliczego zapalenia opłucnej, zapalenia miedniczek nerkowych, nagminnego zapalenia opon mózgowych, zapalenie szpiku kostnego, razem 20 przypadków. Do grupy trzeciej należą: 5 przypadków zakażenia ogólnego, 1 przypadek ostrego gośćca stawowego, 2 przypadki ropnego zapalenia opłucnej, 1 przypadek zapalenia letargicznego mózgowia, 2 przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowych, razem 11 przypadków. Na podstawie więc ścisłej a raczej względnie ścisłej analizy dochodzę do wniosku o skuteczności leczniczej prontosilu w 40 moich przypadkach. Uwzględniając obserwację kliniczną i identyczne lub analogiczne tło etiologiczne lub symptomatologiczne niektórych jednostek chorobowych grupy I i II, należy z grupy II do I przesunąć przypadki zapalenia gardła, płonicy, zakażenia ogólnego, zapalenia miedniczek nerkowych i zapalenia szpiku kostnego i ilość dodatnich wyników leczenia prontosilem podnieść do cyfry 54. Z przytoczonych 2 przypadków zakażenia ogólnego i jednego zapalenia ropnego opłucnej w grupie II lub I a równocześnie 5 przypadków zakażenia ogólnego i 2 przypadków ropnego zapalenia opłucnej w gr. III nie wynika jeszcze wniosek o bezskuteczności prontosilu w tych cierpieniach. To samo mniej więcej dało by się powiedzieć o innych przypadkach z grupy III i II, raczej wynika stąd konieczność dalszych badań.

Mimo, że moje zestawienie zawiera wcale liczną ilość przypadków leczonych prontosilem i że pozwala wnioskować o skuteczności jego w niektórych jednostkach chorobowych, zestawienie to zwłaszcza co do niektórych chorób jest niedostateczne i dlatego uzupełniłem je statystyką zebraną z obcego piśmiennictwa. Statystyka ta potwierdza wniosek o skuteczności leczenia prontosilem róży, ropni, ropowic, czyraczności, zapalenia miedniczek u dorosłych. Pomyślne wyniki lecznicze w ropomoczu dzieci potwierdzają, że uzyskane przeze mnie wyniki w leczeniu miedniczek nerkowych w ogóle, a w szczególności u ciężarnych nie są wyjątkiem. Największe zainteresowanie budzą przypadki zakażenia ogólnego, które ująłem w 3 grupy. W grupie „*sepsis*" moje przypadki wyraźnie pogarszają statystykę, podnosząc cyfrę śmiertelności z 17.5% na 21.3%. W grupie „*sepsis puerperalis*" uderza niska cyfra śmiertelności 7%; przy przeglądaniu piśmiennictwa stwierdziłem, że do statystyki *sepsis puerperalis* wliczali niektórzy autorzy każdą gorączkę w okresie połogu, co oczywiście zmniejsza wartość uzyskanych wyników. Grupa *endocarditis lenta* wykazuje 100% śmiertelności. W ogóle więc, jak widzimy, wyniki są mało korzystne, choć nieco korzystniejsze, niż przy innych sposobach leczenia.

Przepis firmy Bayer, produkującej prontosil, poleca podawać go dorosłym 3 razy dziennie po 1—2 tabletki doustnie i zależnie od ciężkości choroby ponadto 2—5 ampułek domięśniowo. Początkowo stosowałem mniejsze dawki, stopniowo przekonałem się, że najracjonalniejszym sposobem leczenia jest podanie w początku choroby dużych dawek prontosilu — 3 g, tj. 10 tabletek a 0.3 *pro die,* przez 1—3 dni, a potem obniżenie dawki do 8 i 6, 4 i 2 tabletek. Przepis ten dotyczy przede wszystkim leczenia ciężkich przypadków, w lżejszych przypadkach wystarcza początkowo dawka 6 tabletek *pro die.* Muszę tu wspomnieć, że większość mych chorych otrzymywało 6 tabletek dziennie, rzadko z równoczesnym wstrzykiwaniem 1—2 ampułek *pront. sol.*, chora na *pyelitis adultorum* otrzymywała tylko 2 ampułki *pro die,* dawki te w ogóle były wystarczające. Odnoszę jednak wrażenie, że, gdybym w ciężkich przypadkach stosował większe dawki, miałbym więcej pomyślnych wyników. Drugim warunkiem skuteczności prontosilu jest zastosowanie go w najwcześniejszym okresie choroby, trzecim stosowanie go jeszcze po spadku gorączki i ustąpieniu ciężkich objawów choroby. W szeregu przypadków (*scarlatina septica, mastoiditis, angina* itd.) po wczesnym odstawieniu prontosilu stwierdziłem po kilku dniach nawrót gorączki, pojawienie się powikłań, nawrót pierwotnego cierpienia, które po ponownym podaniu prontosilu lub septazyny znowu ustępowały. Natomiast nie ma w ogóle znaczenia to, czy podamy pastylki czy ampułki. Ampułki zawierają 2.5% roztwór tj. 0.125 g w 1 ampułce, tzn. dla uzyskania dawki 3 g trzeba by wstrzyknąć 24 ampułki, zamiast 6 tabletek 14 ampułek. Ampułki mają znaczenie przede wszystkim w przypadkach ciężkich i u dzieci. Być może, że w pewnych przypadkach, np. *pyelitis*, lepsze są zastrzyki niż doustne stosowanie i że dawka nie musi być wysoka.

Podawałem nadto 3 chorym tabletki w mikroklizmie, preparat ulegał wessaniu. Z tym spostrzeżeniem stoi w sprzeczności

spostrzeżenie Meyera zu Hörste, który po podaniu prontosilu dziecku nie mającemu kwasu solnego w żołądku a cierpiącemu na różę nie miał wyniku leczniczego a uzyskał go dopiero po podaniu obok prontosilu kwasu solnego.

Przepis firmy nie zaleca wlewań dożylnych. W szeregu moich przypadków (5) wlewano dożylnie po 1—2 ampułki prontosilu bez żadnych szkodliwych następstw, Scherber wlewał po 40 cm³ prontosilu również bezkarnie, i inni autorzy również nie mówią o żadnych szkodliwych skutkach wlewań dożylnych. Natomiast z ustnych relacyj można się dowiedzieć, że ktoś tam miał przypadek śmiertelny po wlewaniu dożylnym.

W związku z podawaniem prontosilu nie spostrzegałem żadnych poważniejszych objawów jego ubocznego działania. Spostrzega się zabarwienie żółto-różowe skóry, które u dorosłych mało jest widoczne, natomiast wyraźniejsze u dzieci. Zabarwienie to szybko znika po odstawieniu leku. Poza tym u 3 dorosłych spostrzegałem 3 razy nudności a u jednego dziecka nudności i wymioty. Objawy te ustępują po podaniu *magnesia usta*. Nieszkodliwość dla nerek wynika z obserwacji wszystkich przypadków a szczególnie wspomnianego przypadku *glomerulonephritis*.

Przechodząc do omówienia mechanizmu działania leczniczego prontosilu muszę wrócić do wspomnianych już prac prof. Fourneau i jego współpracowników małżonków Tréfouël, Nittiego i Bovet'a. Autorzy ci sporządzili około 130 preparatów podobnych do prontosilu i otrzymali 46 o działaniu skutecznym. Stwierdzili oni, że jądro czynne wszystkich skutecznych preparatów stanowi paraaminobenzenosulfamid, że postawienie grupy aminowej w pozycji *orto* lub *meta* zamiast *para* prowadzi do ciał nieczynnych, zastąpienie grupy sulfamidowej przez inne grupy, jak NH_2, SO_3H, $CONH_2$ daje tak samo preparat nieczynny, podstawienie w grupie sulfamidowej zmniejsza skuteczność preparatu, natomiast podstawienie w grupie aminowej nie zmniejsza skuteczności preparatu. Słuszność poglądu Fourneau'a i jego współpracowników potwierdzili następnie Niemcy, wypuszczając na rynek preparat pt.: *prontosilum album*, chemicznie paraminobenzenosulfamid. Ten związek paraminobenzenosulfamid, jako nieopatentowany pojawił się następnie pod różnymi nazwami, jako produkt wytwórni angielskich, austriackich, także polskiej „Geo" pod nazwą antistreptin. Przez podstawienie benzylu w grupie aminowej utworzyli Goissedet, Despois, Gailliot i Mayer związek benzylaminobenzenparasulfamid, o działaniu skutecznym a mniejszej toksyczności i nazwali go septazyną. Związek ten wyrabia w Polsce firma L. Spiess i Syn. Związki ostatnio wspomniane są bezbarwne i przez to są chętniej przez chorych przyjmowane, poza tym nie barwią bielizny.

Prace Fourneau stwierdziły, że w paraaminobenzensulfamidzie i grupa aminowa i sulfamidowa są grupami czynnymi, że szczególnie i jakby swoiście czynna jest grupa sulfamidowa. Chciałbym tu od siebie dodać, że prontosil jest sulfamidem chryzoidyny, że dodając do chryzoidyny grupę sulfamidową zmniejszamy jej siłę bakteriobójczą do minimum, czyli że grupa sulfamidowa jako połączenie kwasowo-zasadowe jest grupą zmniejszającą toksyczność preparatu. Być może, że tu tkwi wyjaśnienie działania leczniczego ciał zawierających paraaminobenzensulfamid. Grupa sulfamidowa pozwala na bezkarne wprowadzenie leku do organizmu, odszczepienie tej grupy stwarza ciało silnie bakteriobójcze.

Jest to hipoteza, jak hipotezami są i inne próby tłumaczenia istoty działania prontosilu i ciał pokrewnych na zakażenia. Najwięcej opracowaną i najbardziej prawdopodobną jest hipoteza Levaditiego i Vaismana, zresztą będąca w zgodzie z mą hipotezą. Sądzą oni, że ciało zawierające paraaminobenzensulfamid nie działa na ustrój w sensie pobudzenia jego sił odpornościowych, lecz działa na bakterie, osłabiając ich siły obronne. Według nich bakterie, wtargnąwszy do ustroju częściowo giną pożarte i strawione przez fagocyty, część unika tego losu, otaczając się ochronną otoczką. Otóż paraaminobenzensulfamid nie pozwala bakteriom otoczyć się otoczką i czyni je mało odpornymi na działanie trawiące fagocytów. *„Nous avons acquis la certitude, que c'est là le clef du problème, qui nous préoccupe"* — oto ich dosłowne zdanie. Na potwierdzenie swej tezy, że ciała zawierające paraminobenzensulfamid działają na bakterie w ustroju żywym a nie na ustrój zakażony, przytaczają następujące argumenty: surowica zwierzęcia zakażonego, które wyleczono prontosilem, nie jest skuteczna w zakażeniu innego zwierzęcia; zwierzęta leczone prontosilem, które wyzdrowiały, są wrażliwe na nowe zakażenia; dodanie do pożywki różnych narządów: wątroby, śledziony nie wyzwala z dodanego prontosilu własności bakteriobójczych; w hodowli komórek zarodkowego serca kury paciorkowce wzrastają mimo obecności prontosilu; gorsze wyniki lecznicze w przypadkach doświadczalnych zakażeń myszy szczepami mało złośliwymi ale za to podanymi w dużej ilości; prontosil nie wzmaga wskaźnika opsonicznego; blokada układu siateczkowo-śródbłonkowego u myszy, które następnie zakażono paciorkowcami, nie hamuje korzystnego działania prontosilu. Ostatni argument zasadniczo nie wytrzymuje krytyki, bo 1) trudno urzeczywistnić całkowitą blokadę układu siateczkowo-śródbłonkowego, a 2) w doświadczeniach Levaditiego widać wyraźny wpływ sił obronnych myszek a więc także ich układu siateczkowo-śródbłonkowego na wyniki lecznicze. Do argumentów Levaditiego i Vaismana dodałbym jeszcze inne z mej obserwacji klinicznej. Skuteczność działania prontosilu zależy od wysokiej dawki, gdy tzw. ciała wzmagające obronność ustroju wywołują korzystne działanie w małych dawkach; możliwość nawrotów lub powikłań, gdy za wcześnie odstawimy prontosil. Tłumaczyć sobie możemy powstanie nawrotów lub powikłań na podstawie spostrzeżeń Levaditiego i Vaismana w ten sposób, że część bakterii usadowiła się w komórkach układu siateczkowo-śródbłonkowego (Levaditi widział dobrze zachowane bakterie w komórkach Browicz-Kupffera), została wprawdzie pochłonięta, ale nie pożarta; po odstawieniu prontosilu zaczyna się mnożyć i może przy sprzyjających warunkach doprowadzić do nawrotu lub powikłań. Domagk, nie odmawiając słuszności poglądom Levaditiego i Vaismana, sądzi jednak na podstawie obrazów zwyrodnienia u bakterii w narządach zakażonego zwierzęcia, leczonego prontosilem, że możliwym jest także bezpośrednie atakowanie bakterii przez prontosil a następnie hamowanie ich wzrostu, rozmnażania i powodowanie zwyrodnienia. Domagk podkreśla również w sposób dobitny czynny udział ustroju zakażonego i leczonego prontosilem w zwalczaniu choroby. Poglądy innych autorów nie wnoszą zasadniczo nic nowego do sprawy wyświetlenia sposobu działania prontosilu.

Chciałbym tu jeszcze podkreślić, że kliniczne doświadczenie rozszerzyło zakres leczniczy prontosilu poza zakres ograniczony doświadczeniami na zwierzętach. Klinika dostarczyła dowodów, że prontosil działa skutecznie nie tylko w zakażeniach wywołanych przez paciorkowca, ale i przez gronkowca, *bacterium coli, erysipelatis suum, micrococcus tetragenes* i dlatego nie dziwi nas ten fakt, że prontosil jest próbowany w zakażeniach o różnym tle.

Streszczam swą pracę w następujących wnioskach:

Prontosil jest lekiem chemoterapeutycznym, który w doświadczeniach na zwierzętach okazał się skutecznym w leczeniu zakażeń wywołanych paciorkowcem, mniej skutecznym w leczeniu zakażeń gronkowcem, nie skutecznym w leczeniu innych zakażeń.

W doświadczeniach na ludziach okazał się skutecznym lekiem w leczeniu chorób wywołanych paciorkowcem, gronkowcem a także innymi bakteriami, jak *bacterium coli, erysipelatis suum, micrococcus tetragenes* i in., szczególnie okazał się skutecznym w leczeniu zapaleń ucha środkowego, wyrostka sutkowego, czyraczności, ropni, ropowic, zapalenia miedniczek nerkowych; w leczeniu zakażenia ogólnego, *sepsis*, wyniki dotychczasowe nie są tak korzystne, jak w poprzednich chorobach.

Pomyślny wynik leczenia prontosilem zależy od rozpoczęcia leczenia i zastosowania odpowiednio wysokich dawek w początkach choroby, zmniejszenia dawek z chwilą poprawy, kontynuowania podawania małych dawek 3—5 dni po ustąpieniu gorączki i ostrych objawów.

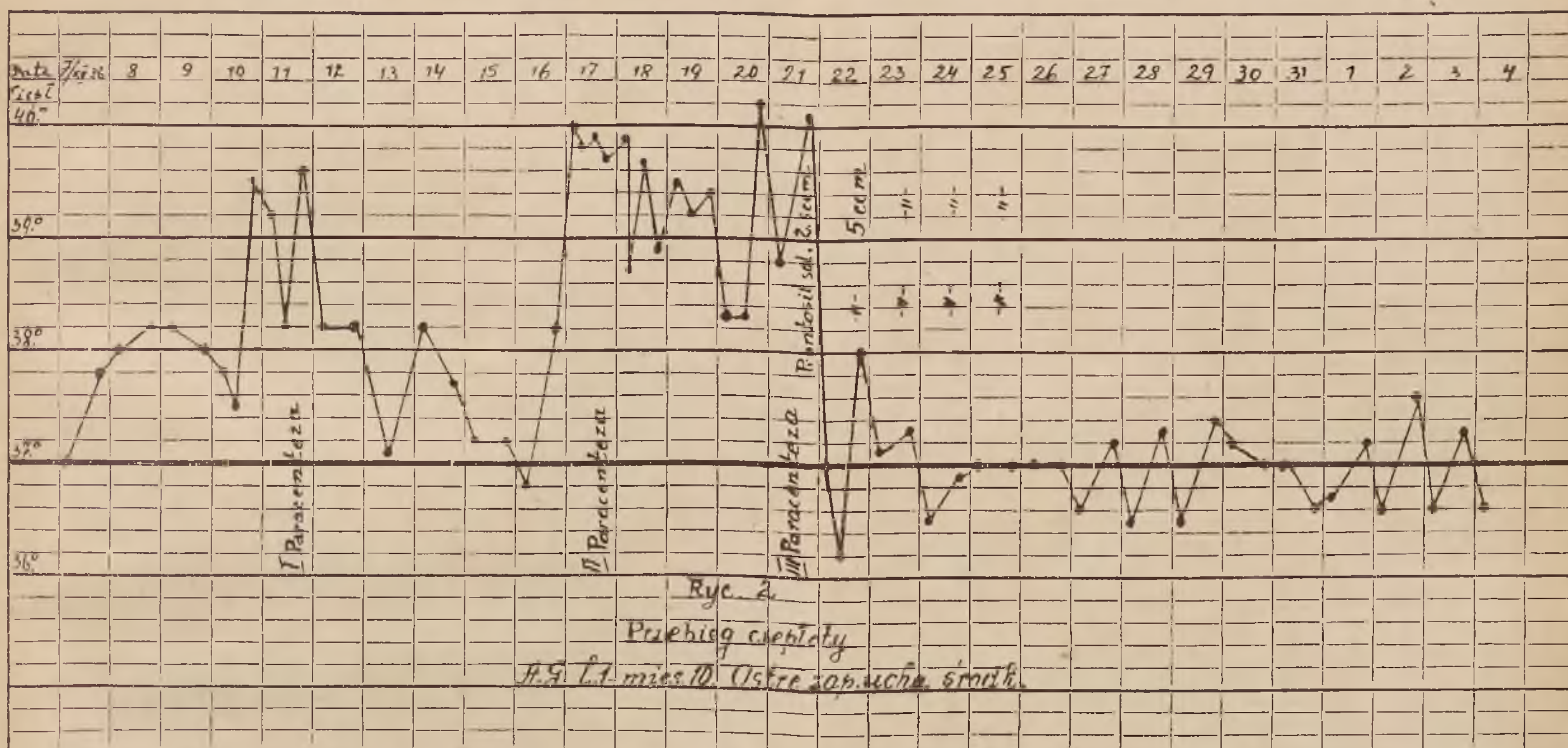
Podawanie prontosilu nawet w dużych dawkach i przez dłuższy czas nie wywołuje szkodliwych następstw dla narządów ustroju ludzkiego pominąwszy rzadkie wypadki wywoływania nudności i rzadsze wymiotów.

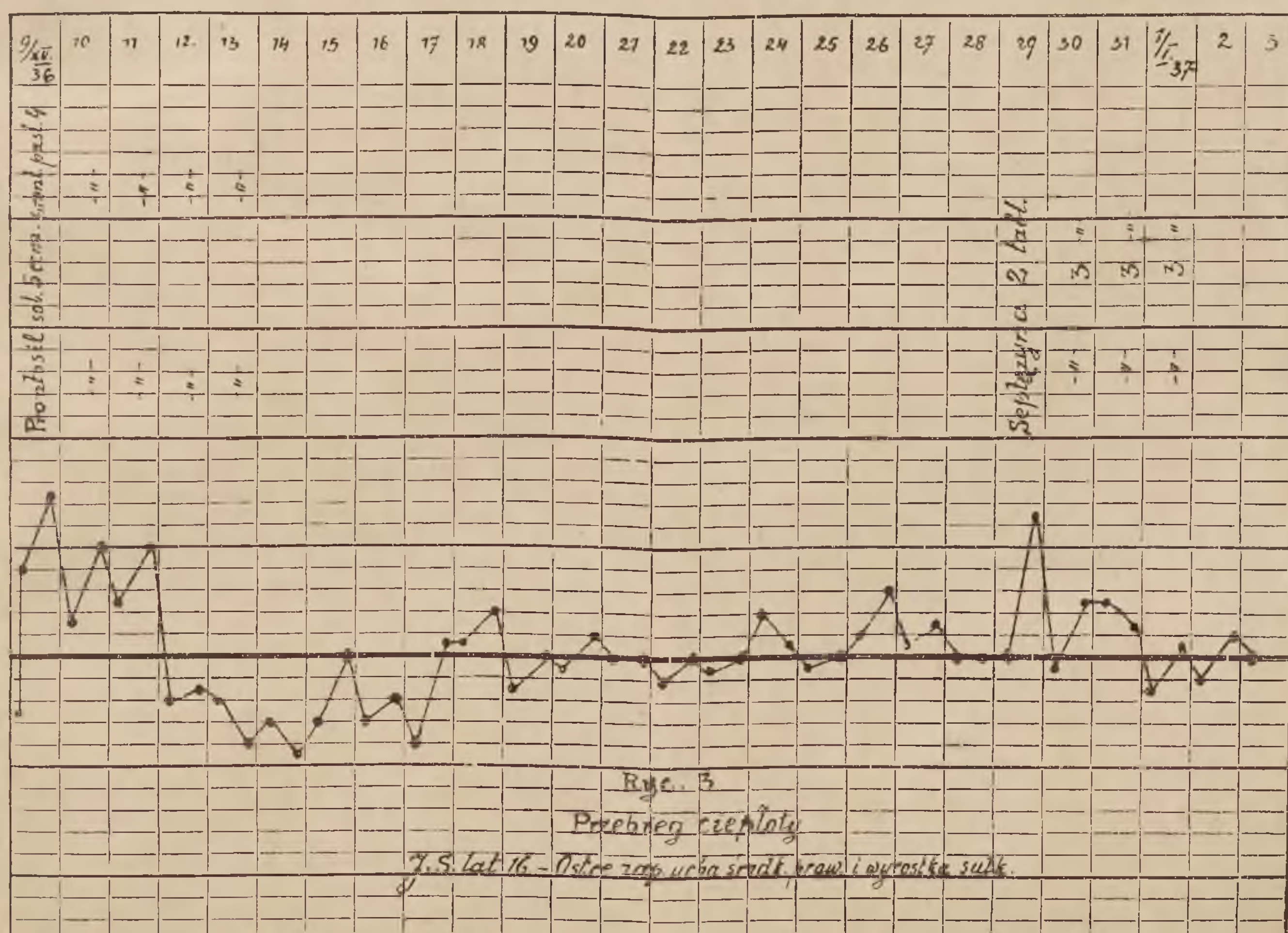
Zastosowanie prontosilu nie czyni zbytecznym stosowania wypróbowanych innych metod leczniczych, w szczególności zabiegów chirurgicznych.

Czynnym chemoterapeutycznie jądrem prontosilu i podobnych środków jest grupa paraaminobenzenosulfamidowa.

Mechanizm leczniczego działania prontosilu w zakażeniach polega na zmniejszeniu odporności lub na uszkodzeniu bakterii w ustroju żywym i uczynienie ich mniej odpornymi na siły obronne ustroju. Prontosil i podobne środki stanowią istotne wzbogacenie arsenału leczniczego a zakres ich stosowania w medycynie nie jest jeszcze ustalony dotychczasowymi doświadczeniami, do dalszych badań należy ustalenie ostatecznej ich oceny.

Ryciny do pracy Pułk. dr Teofila Kucharskiego pt.: *Lecznicze działanie związków chemicznych zawierających grupę p-aminobenzenosulfamidową.*





BIBLIOGRAFIA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie. Z. 7. 1937. Dziembowski Z.: Zawał krwotoczny krezki i kiszki. — Tołczyński B.: Spostrzeżenie nad działaniem jadu kobry w leczeniu raka krtani. — Bylina J.: O mięsakach części pochwowej macicy. — Bernhardt R.: Wartość próby naskórkowej w schorzeniach skóry pryszczycowatych (c. d.).

Lekarz Wojskowy. T. XXIX. Nr 4. 1937. Rose M.: Bóle głowy i ich leczenie. — Brzosko R.: Ozena. — Lauber J.: Zagadnienia służby zdrowia w zakresie okulistyki podczas wojny. — Suroż Wł.: Choroby weneryczne w świetle sprawozdania Departamentu Zdrowia Armii Stanów Zjednoczonych w okresie Wojny Światowej.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Z. 4. 1937.

Czasopismo Sądowo-Lekarskie. Nr 1. 1937. Glaser S.: Spędzenie płodu w nowym prawie karnym niemieckim. — Grzywo-Dąbrowski W.: Samobójstwo, wypadek czy zabójstwo. V. Śmierć wskutek otrucia. — Hurwicz St.: Przypadek zatrucia formaliną. — Lewiński W.: Artykuły 235 i 236 kodeksu karnego w świetle semantyki. — Reguła Z.: Hermaphroditismus de lege lata et de lege ferenda. — Popielski B.: Odczyn opadania krwinek w rozpoznawaniu śmierci z utonięcia.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 14. 1937.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 15. 1937.

Gazeta Lekarska Śląska Polskiego. Z. 2. 1937. Kostka E.: Przyczynek historyczny do udziału lekarzy Polaków w odrodzeniu narodowym Górnego Śląska (c. d.). — Strumieński St.: Znaczenie rąbka ołowiczego w rozpoznaniu ołowicy. — Strumieński St.: Śmiertelny wypadek zatrucia talem. — Hanke E.: Stanowisko medycyny i Kościoła wobec sterylizacji.

Medycyna. Nr 7. 1937. Szerszyński B.: Leczenie chirurgiczne wrzodu żołądka i dwunastnicy. — Zwoliński T.: Zaburzenia miesiączkowe. — Stein J.: Anatomia patologiczna nowotworów nerek.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 14. 1937. Płońskier M. i Cyterman-Konowa R.: O rozpoznawaniu nowotworów złośliwych na podstawie odczynu cytolitycznego Ernsta Freunda i Gisy Kaminer (dok.). — Frenklowa H.: Wyniki leczenia zakażeń paciorkowcowych u niemowląt związkami sulfamidowymi (prontosil i antystreptyna). — Rawicz St.: O nowym przeciwbólowym środku produkcji krajowej. — Bujwid O.: Powstanie zakładów szczepień przeciwko wściekliźnie w Warszawie i Krakowie (dok.). — Kacprzak M.: Podstawy walki z chorobami zakaźnymi (c. d.). — Pines I.: Znaczenie badania szybkości krążenia w rozpoznawaniu nieprawidłowych połączeń pomiędzy prawą i lewą częścią serca.

OCENY.

Physiologie de l'innervation renale. J. HAMBURGER. Masson et Cie. Paris 1936. Str. 181. Cena: 30 fr.

Ta bardzo cenna praca ma na celu poznanie wpływu nerwów na czynności nerek. Autor zaczyna ją od podania w krótkości anatomii i histologii nerki porównywując ją z anatomią i histologią u rozmaitych gatunków zwierząt. Pierwszy rozdział poświęcony jest badaniu nerwów naczynioruchowych, przy czym autor zaznajamia nas z techniką tych badań, jak mierzeniem objętości nerek *(oncographie)* i mierzeniem ilości wydzielonego moczu. Potem opisuje sposoby oglądania naczyń nerkowych wprost i naczyń wypełnionych płynem kontrastowym. Bardzo piękne fotografie przedstawiają te doświadczenia, wreszcie zaznajamia nas autor ze sposobami przepłukiwania nerek *(perfusion renale).* Następne rozdziały poświęcone są ocenie wpływu poszczególnych nerwów, jak trzewiowego *(splanchnique),* nerwu błędnego i nerwów centralnych. Nie mniej szczegółowo omawia autor wpływy odruchowe i wpływy czynników toksycznych, jak ergotyny, acetylocholiny itd. Porusza przy tym sprawę autonomicznego unerwienia nerek, sprawę na razie nierozstrzygniętą. W drugiej części omawiana jest czynność nerki normalnej pod wpływem drażnienia i usunięcia nerwów nerkowych i równie ważne pytanie, czy istnieją nerwy szczególnie wydzielnicze, czy raczej wydzielenie od krążenia i dopływu krwi zawisło. Trzecia i ostatnia część poświęcona jest wpływom nerwowym w nerce patologicznej. Tu omawia autor albuminurię nerwową i podnosi szczegół bardzo godny uwagi, że ortostatyczne wydzielenie białka ustaje w nerce pozbawionej nerwów. Byłby to jeden dowód więcej, że wydzielenie i czynność nerek jedynie od nerwów zależy. Ostatni rozdział trzeciej części zawiera ocenę innych czynnościowych zaburzeń nerkowych, jak bezmoczu, moczu krwawego itd.

Dzieło to, bardzo szczegółowo opracowane, z podaniem licznych źródeł nowszych w tym kierunku doświadczeń uzupełnia swą treścią dzieła dotyczące czynności i zboczeń czynności nerek i dla badacza tych spraw ma niezmiernie wielkie znaczenie.

W. Moraczewski (Lwów).

Świat ssaków. R. PAPLEWSKI. Książnica Atlas. Lwów-Warszawa 1937. Str. 304. Cena: 20 zł

Książka ta, aczkolwiek pisana popularnie, cenne może oddać usługi każdemu nie-fachowcowi, podając dużo interesujących szczegółów z życia i rozwoju zwierząt ssących. Uwzględnia bowiem nie tylko nowsze badania, ale zajmuje względem istniejących teoryj i dogmatów dawnych, krytyczne, i zdaniem naszym usprawiedliwione stanowisko. Jako bardzo zajmującą lekturę polecić ją można nie tylko lekarzom, ale i osobom mniej przyrodniczo wykształconym, co uważać by można raczej za zaletę. Przykrą stroną jest tylko język nad wyraz zaniedbany, język — jak go słusznie nazwano — asfaltowy, szafujący tymi niestety utartymi błędami na każdej niemal stronicy.

W. Moraczewski (Lwów).

Historia lecznictwa zwierząt w Polsce od czasów najdawniejszych do 1918 roku. A. PERENC. Toruń 1936. Str. 412, z ilustracjami. Nakładem autora.

Jakkolwiek organ, w którym tutaj głos zabieram, nie zwykł się zajmować weterynarią, to jednak historia lecznictwa zwierząt w Polsce ma tyle tematów wspólnych z historią medycyny, zarówno ze względu na metodykę pracy, jak i na samą treść dzieła, że nie od rzeczy będzie, jak sądzę, kilka uwag tutaj o książce Perenca zamieścić, zwłaszcza, że weterynaria wchodziła przecież nieraz nawet w skład wydziałów lekarskich.

Przede wszystkim polski historyk medycyny musi stwierdzić, że historia weterynarii w Polsce doczekała się opracowania wprzód, niż historia medycyny w Polsce, jak wiadomo bowiem, w naszym piśmiennictwie od czasu Gąsiorowskiego, tj. od 80—100 lat, nie ukazało się żadne dzieło, które by objęło całość dziejów medycyny ojczystej. Podobno takie dzieło jest w przygotowaniu, ale się jeszcze nie ukazało. Tym sposobem autor, doktór weterynarii, nie miał nawet żadnego podobnego dzieła do naśladowania. Tym większe miał trudności i tym większą ma zasługę, którą uznać muszą zarówno weterynarze, jak i historycy medycyny.

Pod względem wartości swojej i metody naukowej dzieło Perenca przedstawia się niejednolicie i zawodowy historyk nauki miałby to i owo do zarzucenia, choćby zaraz sam układ dzieła, w którym „Lecznictwo empiryczne", „Szkoły weterynaryjne", „Weterynaria wojskowa" i — „Skorowidz nazwisk" mają stanowić 4 części dzieła logicznie równorzędne. Skorowidz nazwisk nie jest nigdy częścią dzieła podobnie, jak i spis rzeczy.

Wyraz „uzdrojowiska" (str. 58) w języku polskim nie istnieje, jakkolwiek w żargonie kurierkowym przy złej korekcie niekiedy się go spotyka. Istnieją tylko wyrazy „uzdrowiska" i „zdrojowiska".

Wymieniając kolejno dzieła polskie z zakresu weterynarii, autor za nadto może szafuje zwrotem „dzieła tego w bibliotekach nie znalazłem", nie podając wcale, skąd wie w ogóle, że takie a takie dzieło kiedyś wyszło. Zapewne z bibliografii weterynarii Królikowskiego, ale to jest tylko mój domysł. Historyk rad by wiedzieć, czy Szanowny Autor korzystał także z Estreichera. Sądzę zresztą, że „Historia lecznictwa zwierząt" nic by na tym nie straciła, gdyby autor pominął był w ogóle suche pozycje bibliograficzne, zostawiając je bibliografii. Co najwyżej można było wymienić je krótko, sumarycznie.

W szeregu szkół weterynaryjnych i miast, w których weterynarię wykładano, najsłabiej wypadł u autora Kraków, który w całości znalazł się (niezręcznie nawet pod względem technicznym) w podrozdziale „Księstwo Warszawskie" (str. 316), jakkolwiek autor tu mówi także o czasach wcześniejszych (Adami) i późniejszych (Girtler, Majer, Domański). Wiadomość, jaką autor podaje, że „w Uniwersytecie Jagiellońskim zapoczątkował weterynarię w roku 1802 profesor Adami" jest o tyle niezupełnie ścisła, że już za Komisji Edukacyjnej weterynaria weszła do projektu reorganizacji Kolegium Fizycznego, jaki w r. 1790 ułożył ówczesny jego prezes sławny Jan Śniadecki. Już wtedy kandydatem upatrzonym do nauczania weterynarii w Krakowie był Sebastian Girtler, który w r. 1794 dla wydoskonalenia się w tym przedmiocie wyjechał za granicę

i rzeczywiście później za Wolnego m. Krakowa ten przedmiot wykładał (zobacz Szumowski. Krakowska Szkoła Lekarska po reformach Kołłątaja, 1929, str. 225, 226, 285). O nauczaniu weterynarii w Krakowie w drugiej połowie wieku XIX i w wieku XX przed wojną autor nie mówi nic. A jednak były tu przecież katedry weterynarii: Walentowicz 1892—1897, Julian Nowak od r. 1906 i in. Przecież w Krakowie od roku 1890 było Studium Rolnicze, obecnie Wydział, oczywiście z weterynarią. Bardzo by się były przydały autorowi prace: J. Fierich: Studium Rolnicze i Wydział Rolniczy U. J., Kraków 1934, oraz L. Wachholz: Wydział Lekarski Uniw. Krakowskiego i jego grono nauczycielskie od r. 1364—1918. Kraków 1935.

Najwięcej miejsca autor poświęcił szkole weterynarii we Lwowie, której sam jest uczniem. Pisząc historię, można było sięgnąć wstecz aż do protomedyka Krupińskiego, który już w roku 1773 zaczął działać we Lwowie organizując również i sprawy weterynaryjne (por. Szumowski: Galicja pod względem medycznym za Jędrzeja Krupińskiego, pierwszego protomedyka. Lwów 1907, str. 105, str. 179 i in.).

Pomimo niejednolitości opracowania, jakie stwierdzamy w dziele, oraz nierówności w układzie technicznym, która wpada w oczy w wielu miejscach, książka Perenca ma wartość rzetelną i czytelnik znajdzie w niej liczne karty prawdziwie zajmujące i cenne.

O słowiańskiej weterynarii wiedzieli już autorowie starożytni (Absyrtus, Vegetius), którzy opowiadali, że „Słowianie w wypadku zatrzymania moczu u koni stosowali okadzanie podbrzusza przy pomocy palonego bobrowego gonu" pod kocami. Dym przenikał całe ciało konia. Jak tylko węgle usunięto, koń zaczynał moczyć. Nie widzę powodu, dlaczego by tej samej metody Słowianie nie mieli stosować i u ludzi w przypadkach różnych kolek spastycznych. Ale o tym, niestety, nikt nic nie napisał i nic o tym właściwie nie wiemy. I tak najstarszy przekaz historyczny o lecznictwie słowiańskim przedhistorycznym dotyczy lecznictwa zwierząt, a nie ludzi.

Wywody autora o dziełku Conrada: „Sprawa a lekarstwa końskie", wydanym w języku polskim w roku 1532, które wywierało prawie trzy wieki decydujący wpływ na polską literaturę weterynaryjną, są bardzo pouczające i przekonywujące. Rzecz ta była, jak podaje autor, przełożona z czeskiego.

Jeżeli ocenimy dziełko Conrada ze stanowiska początków lekarsko-przyrodniczego piśmiennictwa polskiego i zestawimy daty: Conrad 1532, Falimirz 1534, *„Lekarstpha w osoblywych niemoczach"* Szymona z Łowicza nie wcześniej, jak 1537 itd., to i tu musimy stwierdzić, że weterynaria poniekąd wyprzedziła medycynę.

Ale w dziejach Polski znajdziemy jeszcze jeden dziwny, a jednak prawdziwy tytuł pierwszeństwa weterynarii przed medycyną. Wiemy, że szlachta polska medycyną się nie zajmowała. Naśladowała w tym może Rzymian, o których Pliniusz pisał: *romana gravitas non exercet medicam artem.* Na to zaś, żeby wydać ze swego łona takiego pisarza, jak rzymski autor medyczny, nie-lekarz Celsus, szlachta polska była — za leniwa. Toteż nie mamy pism lekarskich, pisanych przez szlachtę polską. Ale końmi i psami szlachta zajmowała się z przyjemnością i pisała o tym dzieła. W ten sposób Krzysztof Dorohostayski na Dorohostajach, pan litewski, napisał w roku 1603 rzecz pt.: *„Hippika to jest o koniach księgi"*, wydawaną później jeszcze w roku 1620, 1647, 1730, ba, nawet jeszcze w roku 1861! Podobnie Jan hr Ostroróg, wojewoda poznański napisał w roku 1608 rzecz pt.: *„O psiech gończych y myślistwie z nimi"*, wydawaną później jeszcze siedm razy; wyd. VII w Warszawie w roku 1902, wyd. VIII w Krakowie w roku 1914! Historyk medycyny (ludzkiej) czyta to wszystko — z zazdrością.

W całości książka Perenca jest bardzo zajmująca i pouczająca i zasługuje na jak największe rozpowszechnienie.

Wł. Szumowski (Kraków).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Biologia.

Bakteriologiczne działanie naświetlanej przez radium soli kuchennej. YOSI OGASAWARA i NOBORU KUDO. The Tohoku Journ. of exp. Med. Vol. 30. Nr 2. Str. 99.

Autorzy podają, że naświetlone za pomocą radium sole zatrzymują częściowo siłę bakteriobójczą w przeciągu trzech dni przynajmniej; energia promieniotwórcza daje się wykazać na płycie fotograficznej. *W. Moraczewski* (Lwów).

Znaczenie wzmożonego wydzielania nadnercza na obniżenie cukru we krwi po insulinie. KEISIRO SAIZYO. The Tohoku Journ. of exp. Med. Vol. 30. Nr 2. Str. 103.

Podawanie jednoczesne wyciągu nadnercza zmniejsza hipoglikemię, usunięcie nadnercza ją powiększa.

W. Moraczewski (Lwów).

Wpływ nadmiernego wydzielenia nadnercza na przecukrzenie po morfinie. HIDEKAZU TANAKA. The Tohoku Journ. of exp. Med. Vol. 30. Nr 2. Str. 123.

Autor wykazuje, że przecukrzenie po morfinie mało się zmienia pod wpływem dodania adrenaliny. Ustawiczny dopływ adrenaliny raczej obniża przecukrzenie po morfinie.

W. Moraczewski (Lwów).

Wpływ ultraakustycznych fal na czynności ustroju i sole jodowe. SIGETAKA KUSANO, HIDEO SIBUYA, KAZUO OWADA, SINJI AKIYAMA. The Tohoku Journ. of exp. Med. Vol. Nr 2. Str. 170 do 191.

W szeregu po sobie następujących artykułów opisują autorowie wpływ fal akustycznych na drobnoustroje, na krew i oddychanie tkanek, na sole jodowe, na nadtlenek wody itd. Wywoływane są te fale w płycie kwarcowej przeciętej prostopadle do jej elektrycznej osi, na którą to płytę działają fale elektryczne wielkiej częstości i napięcia.

Pod wpływem tych ponadsłyszalnych fal zarówno adrenalina, jak pituitryna, pilokarpina i atropina tracą swe własności (S. K.). Jodek potasu i woda utleniona ulegają rozkładowi (S. K.). Krew hemolizuje się, zwiększa swą lepkość i powiększa objętość ciałek czerwonych. Osmotyczne ciśnienie nie zmienia się, natomiast spada zasadowość krwi (H. S.). Oddychanie tkanek i zużycie tlenu pod wpływem tych fal zmniejsza się (K. O.).

Wreszcie fale te zabijają prątki duru, gronkowce i paciorkowce. Autor przypuszcza, że następuje pod wpływem tych fal rozbicie ciała drobnoustrojów (S. A.).

W. Moraczewski (Lwów).

Patologia.

Zawartość epinefryny w gruczole nadnercza po zmęczeniu. KIYOSI SYOZI. The Tohoku Journ. of exp. Med. Vol. 30. Nr 3/4. Str. 251.

Autor nie znalazł zmian w zawartości epinefryny po wyczerpaniu mięśniowym zarówno u królików normalnych, jak i u pozbawionych śledziony. W artykule następnym str. 259 wykazał, że zatrucie chlorkiem amonu lub siarczanem magnezu (2,14 lub 2,46 na kg wagi zwierzęcia) również wpływu na zawartość epinefryny nie wywiera.

W. Moraczewski (Lwów).

Przecukrzenie po diuretynie u kotów pozbawionych śledziony. HIDEKAZU TANAKA. The Tohoku Journ. of exp. Med. Vol. 30. Nr 3/4. Str. 266.

Tolerancja na cukier nie uległa zmianie: wykazana została przez porównanie ilości cukru we krwi żyły wrotnej i żyły usznej. *W. Moraczewski* (Lwów).

Zachowanie się tłuszczu wprowadzonego dożylnie. SHIGERU KIMURA. The Tohoku Journ. of exp. Med. Vol. 30. Nr 3/4. Str. 315.

W trzech po sobie następujących artykułach omawia autor zachowanie się zabarwionego czerwienią kongo tłuszczu w ustroju. Tłuszcz zatrzymuje się po trochu w płucach, w śledzionie i w wątrobie, ale tu jedynie w komórkach śródbłonkowych, a nie w komórkach wątroby. Po pewnym czasie dopiero przenika tłuszcz w składy tłuszczu skóry. Takie rozmieszczenie i zachowanie nie ulega zmianie, jeżeli się poprzednio nasyci tuszem komórki nabłonkowe. Komórki te po trochu są w stanie i wtedy chłonąć tłuszcz. Zatrucie wątroby fosforem w niczym nie zmienia rozmieszczenia tłuszczu w wątrobie. Zwyrodniały miąższ wątroby pełen tłuszczu nie przyjmuje tłuszczu obcego, który jedynie w komórkach siateczkowo-śródbłonkowych się zbiera. Zabarwiony tłuszcz przenika jak zwykle dopiero po pewnym czasie w zasoby tłuszczu w skórze.

W. Moraczewski (Lwów).

Powstawanie białka tarczycowego. Próby kliniczne podawania sztucznego białka tarczycowego w obrzęku śluzakowym u ludzi. W. T. SALTER i J. LERMAN. Endocrin. 20, 801, 1936.

Surowica krwi jodowana daje w pewnych warunkach połączenie organiczne jodu z białkiem, które podane w dawkach, zawierających 2,5 mg jodu a więc pięciokrotnie wyższych od

dawek wzorcowych tyreoglobuliny nie wpływa na obraz kliniczny i przemianę gazową w obrzęku śluzakowym. Natomiast inne sztuczne połączenie organiczne jodu z białkiem a mianowicie dwujodotyrozyna może wykazać w pewnych warunkach wybitnie dodatnie działanie w obrzęku śluzakowym. Wiadomo, że sama dwujodotyrozyna nie wpływa na przemianę gazową. Jeśli tyroglobulinę z tarczyc ludzkich poddać trawieniu pepsynowemu w roztworze rozcieńczonego kwasu solnego w ciepłocie 37°, otrzymuje się pepton dwujodotyrozyny, który z kolei przy działaniu zaczynów daje sztuczne połączenie dwujodotyrozyny z jodem, zawierające 0,2% jodu i 14% azotu. Ta synteza zaczynowa daje więc ciało wybitnie zbliżone do naturalnej tyreoglobuliny. Ciało to podawane w dawkach wzorcowych wywiera pełne działanie na obrzęk śluzakowy, podnosząc wybitnie przemianę gazową. Widać zatem, że nie dowolne połączenie organiczne jodu z białkiem, jak to widać z ujemnych wyników działania sztucznego połączenia organicznego jodu, ale pewne swoiste połączenie daje charakterystyczne działanie hormonu tarczycowego. Autorowie zatem przypuszczają, że również w tarczycy powstaje z dwujodotyrozyny hormon tarczycowy na drodze syntezy przy obecności zaczynu proteazy.

Wł. Elmer (Lwów).

Przemijająca akromegalia. Akromegalia przechodząca w cherę przysadkową. E. K. ESHELTON, L. A. CAVANAUGH i P. R. PATEK. Endocrin. 20, 846, 1936.

Chory lat 25 przechodził akromegalię, która od 2 lat przeszła w cherę przysadkową. Autorowie rozpoznanie tej chery opierają na wybitnym spadku wagi ciała, ogólnym osłabieniu, wysokiej tolerancji cukru gronowego, obniżonej przemianie gazowej (—30 do —40) oraz na wybitnej poprawie po leczeniu wyciągami zasadowymi przedniego płata przysadki.

Wł. Elmer (Lwów).

Zasadnicze czynniki w tłumaczeniu bodźców wpływających na gruczoły dokrewne. H. SELYE i J. B. COLLIP. Endocrin. 20, 667, 1936.

Wielkie dawki estronu powodują przerost kory nadnerczy, ciałek żółtych oraz pełny rozwój gruczołu piersiowego. Tych zmian nie można uzyskać u zwierząt pozbawionych przysadki. Estron wywiera swój wpływ na korę nadnerczy i gruczoły piersiowe za pośrednictwem przysadki, nadto wywiera on swe działanie bezpośrednie na jajniki w charakterze synergetycznym. Świadczą o tym doświadczenia na szczurach: po usunięciu przysadki powstają zmiany zanikowe w innych gruczołach, którym można zapobiec przez podawanie wyciągów przedniego płata przysadki. U takich szczurów równoczesne stosowanie estronu nie wywiera wpływu na nadnercza i gruczoły piersiowe, zaś wywiera swój wpływ na jajniki.

U zwierząt z dietą niedoborową jajniki ulegają zanikowi prawdopodobnie wskutek mniejszego wytwarzania się hormonu gonadotropowego. Po wstrzyknięciu hormonu gonadotropowego jajniki atroficzne oddziaływują na powyższe bodźce wytworzeniem ciałka żółtego.

Wł. Elmer (Lwów).

Przypadek podciśnienia ortostatycznego połączonego z zapadem. G. AGOSTONI. Arch. Mal. Coeur. Nr 2. 1937.

U 64-letniego murarza występują od 2 lat podczas stania bóle i zawroty głowy, a nawet utrata przytomności oraz znaczny spadek ciśnienia krwi. Gdy chory przykucnie, bądź przybierze położenie poziome, objawy powyższe mijają po krótkiej chwili. Przyczyną tego ortostatyzmu jest brak prawidłowych odruchów ze strony *sinus caroticus.* Brak ten wywołuje dystonię naczynioruchową tętniczą i żylną, która powoduje niedostateczny dopływ krwi do serca i niedokrwienie ośrodków mózgu.

W przypadku powyższym zastosował autor postępowanie lecznicze, mające na celu zapobieganie tworzeniu się zastoju krwi w obrębie jamy brzusznej i kończyn dolnych. Chory nosi metalową płytkę, uciskającą okolicę podbrzusza i pępka oraz elastyczne opaski na kończynach dolnych. W tych warunkach objawy ortostatyzmu nie występują i chory może oddawać się pracy zawodowej.

H. Weber (Lwów).

Zmiany zespołu przedsionkowego elektrokardiogramu, spowodowane przez zaburzenia krążenia w naczyniach wieńcowych. J. LAMBERT. Arch. Mal. Coeur. Nr 1, 1937.

Autor badał na 16 królikach elektrokardiograficzne następstwa przerwania krążenia w naczyniach wieńcowych. W uśpieniu uretanowym odsłaniał serce i nakładał kleszczyki bądź to na „prawą tętnicę przedsionkową" (odgałęzienie prawej tętnicy wieńcowej), bądź na „lewą tętnicę przedsionkową" (odgałęzienie lewej tętnicy wieńcowej), bądź też na obie równocześnie. Powyższe tętnice zaopatrują odpowiednie przedsionki.

Otrzymane w ten sposób zmiany zależą jedynie od stopnia niedokrwienia przedsionków, a nie od rodzaju uciśniętej tętnicy. Krzywe EKG wykazują obniżenie i zniekształcenie odcinka PR, zdwojenie a przede wszystkim odwrócenie wychylenia przedsionkowego P.

Autor podaje również obserwacje kliniczne własne i zebrane z piśmiennictwa, które wskazują, że zmiany zespołu przedsionkowego (obniżenie i zniekształcenie odcinka PR, zdwojenie i odwrócenie P) przy utrzymanym rytmie zatokowym są pochodzenia wieńcowego.

Zespół przedsionkowy jest więc podobnie, jak zespół komorowy miejscem, w którym uwidaczniają się zaburzenia w krążeniu wieńcowym, dlatego też uwzględnienie zmian tego zespołu może mieć duże znaczenie w rozpoznawaniu elektrokardiograficznym dusznicy bolesnej.

H. Weber (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

O błędach rozpoznawczych. W. WALDMAN. Sow. Wracz. Żurn. Nr 3. 1936.

Błędów rozpoznawczych będzie można uniknąć przez systematyczny wspólny rozbiór materiału klinicznego, a przede wszystkim sekcyjnego, przez ustalenie przyczyn rozbieżności w rozpoznaniach i zanalizowanie błędów leczniczych.

Zanalizowano 100 przypadków, przy czym w 10% stwierdzono zupełną rozbieżność rozpoznania klinicznego i sekcyjnego, w 17% rozbieżność częściową, a w 73% rozpoznania się zgadzały.

Przyczyny rozbieżności są różne: 1) niedbalstwo w ustaleniu ostatecznego rozpoznania klinicznego; 2) niedokładne badanie chorego i zestawienie faktów; 3) brak orientacji w uzyskanych danych i wyprowadzenia z nich prawidłowych wniosków; 4) niemożność wyprowadzenia wniosków z powodu skąpych danych.

Dla uniknięcia błędów p. 1) i 2) potrzebne jest tylko sumienne pełnienie swoich obowiązków i odpowiedni poziom lecznictwa.

Przyczyną błędów p. 3) są: błędny kierunek myśli, niedostateczne ujęcie i nieprawidłowe zestawienie wyników badań, mechanistyczne ujęcie wyników laboratoryjnych i Roentgena i wreszcie ograniczone wiadomości.

M. Segal.

Wykrywanie ostrych stanów zapalnych w wątrobie alkoholików przy pomocy badania stężenia galaktozy w moczu w próbie galaktozowej. CHIRAY, G. ALBOT i DEPARIS. Arch. Mal. App. Digest. T. 26. Nr 5.

Opierając się na 65 przypadkach, autorowie badają zachowanie się stężenia galaktozy w moczu w różnych okresach marskości wątroby na tle przewlekłego zatrucia alkoholem. Autorowie podają 40 g galaktozy doustnie w 200 g ciepłej wody, następnie zbierają mocz wydzielony w odstępach 2-godzinnych dwukrotnie, następnie po 7 i 13 godzinach, oznaczając stężenie galaktozy w poszczególnych porcjach. Nadto oznaczają ogólne stężenie galaktozy w moczu dobowym i ilość wydzieloną. Stężenie galaktozy w pierwszych dwóch porcjach nie powinno przekraczać w stanach prawidłowych 5‰. Okresy początkowe marskości wątroby u alkoholików występują bardzo często pod postacią zaburzeń żołądkowych i jelitowych, które za pomocą wspomnianej próby można odróżnić od zwykłego nieżytu żołądkowego. Autorowie dzielą zaburzenia żołądkowe i jelitowe alkoholików na 3 grupy:

1) Nieżyty żołądkowo-jelitowe przy równoczesnym lekkim uszkodzeniu wątroby lub bez uszkodzenia tejże.

2) Zwiększona wrażliwość na działanie alkoholu u osobników uczulonych, skutkiem uszkodzenia przewodu pokarmowego. Wrażliwość ta objawia się występowaniem zapalenia wątroby po stosunkowo małych dawkach alkoholu.

3) Objawy z przewodu pokarmowego, jako wyraz wczesnego okresu marskości wątroby. Uderza tu silnego stopnia wychudzenie i brak łaknienia.

Co się tyczy utajonej marskości alkoholowej, to w pewnej części przypadków próba galaktozowa wykazuje działanie prawidłowe. Dotyczy to również i marskości starczej. W innych wypadkach marskości utajonej, objawiającej się czy to krwawieniami nosa, czy też występowaniem guzów krwawnicowych, czy krwawieniem z przewodu pokarmowego, czy też żółtaczką o charakterze epizodycznym, autorowie znajdowali próbę galaktozową dodatnią. Istnieją postacie marskości alkoholowej z przerostem wątroby połączone z gorączką, w których próba galaktozowa

wykazała wzmożone wydzielanie galaktozy moczem. W ogóle marskość przerostowa wykazuje o wiele częściej okresy żółtaczkowe, puchlinowe, żołądkowe, gorączkowe i nerwowe, które mogą się cofać, podczas gdy postacie marskości zanikowej przebiegają częściej bez wymienionych objawów.

Równolegle z pogorszeniem się stanu ogólnego zwiększa się stężenie galaktozy wydzielonej moczem. Ciężka żółtaczka alkoholowa może być końcowym objawem marskości alkoholowej. Próba galaktozowa pozwala na odróżnienie marskości, przebiegającej z żółtaczką od żółtaczki zastoinowej. Spośród schorzeń objętych nazwą choroby Hanota autorowie oddzielają jednostkę chorobową rzadko występującą, cechującą się przewlekłym powiększeniem wątroby i śledziony, gorączką i żółtaczką o przebiegu powolnym. Anatomo-patologicznie przeważają tu zmiany dotyczące narządu siateczkowo-śródbłonkowego. Jest to zatem schorzenie systemowe. Chorobę Hanota cechuje zupełny brak zaburzeń w zakresie przemiany węglowodanowej, wodnej i białkowej. W szeregu przypadków tego schorzenia próba galaktozowa wypadała zupełnie prawidłowo mimo bardzo wybitnej żółtaczki. Pozwala to na wyodrębnienie choroby Hanota od marskości alkoholowej przebiegającej również z żółtaczką.

M. Scheps (Lwów).

Dwa przypadki uchyłka górnego odcinka żołądka. LEDOUX-LEBARD, HILLEMAND, GARCIA CALDERON i AUBRUN. Arch. Mal. App. Digest. T. 26. Nr 5.

Pierwszy przypadek dotyczył kobiety, która od szeregu lat skarżyła się na silne bóle w dołku podsercowym o charakterze piekącym, występujące w $1^1/_2$ godziny po jedzeniu i trwające 2—3 godziny. Ułożenie na brzuchu łagodziło ból. Objawy występowały atakami w odstępach 7—8 dni. Prócz tego występowała biegunka na przemian z zaparciem stolca. Raz stolec krwawy. Badanie Roentgenem w pozycji stojącej wykazuje uchyłek górnego odcinka żołądka na wysokości wpustu. Uchyłek występuje najwyraźniej przy ułożeniu chorej na wznak. W drugim podobnym wypadku wystąpiły dolegliwości żołądkowe o charakterze nieokreślonym w 3—4 godziny po jedzeniu. Choroba trwała kilka lat. Chory zgłosił się z objawami wymiotów krwawych. Prześwietlenie żołądka w pozycji stojącej zmian nie wykazało. W pozycji leżącej na wznak przy równoczesnym obniżeniu górnej połowy ciała występuje uchyłek górnej części żołądka.

Autorowie podkreślają obecność krwotoków w wypadkach uchyłka górnego odcinka żołądka i wyrażają przypuszczenie, że powstanie uchyłka nie należy tłumaczyć zmianami natury filogenetycznej. *M. Scheps* (Lwów).

W sprawie choroby Gee-Herter'a. R. S. MACH. Arch. Mal. App. Digest. T. 26. Nr 5.

Choroba Gee-Herter'a pierwotnie opisywana jako choroba wyłącznie wieku dziecięcego, występuje również i u dorosłych, rzadko i wykazuje wiele cech wspólnych ze *„Sprue"* podzwrotnikową. Niektórzy autorowie określają tę chorobę mianem *„Sprue nietropikalnej"*. Cechuje się ona rozwolnieniem ze stolcami o znacznej zawartości tłuszczów, niedokrwistością, brakiem kwasu solnego w żołądku, osteoporozą i wybitną cherą. Autor opisuje chorego z objawami długotrwałego rozwolnienia, bardzo silnego wychudnięcia, wrzodziejącym zapaleniem błony śluzowej jamy ustnej, leukopenii, podwyższenia ciepłoty do 38—38.7°, niedokrwistości typu nadbarwliwego, limfocytozy, zmniejszenia kwasoty żołądkowej.

Badanie stolca wykazuje obecność wielkiej ilości kwasów tłuszczowych i tłuszczów obojętnych. Chory wydziela stolcem 80% tłuszczu spożytego. Z tego 47% pod postacią kwasów tłuszczowych, 24% jako tłuszcze obojętne, 5% cholesteryny, 4% mydła. Jest to zatem zaburzenie trawienia i wsysania tłuszczów. Badanie trzustki wykazuje wydzielanie prawidłowe, to samo dotyczy żółci.

Leczenie. Chory otrzymywał pożywienie złożone wyłącznie z owoców i surowych jarzyn, wyciąg z drożdży i witaminy C. Pod wpływem tego leczenia występuje po kilku miesiącach zupełna poprawa. Wszystkie wymienione objawy ustępują, chory przybrał 30 kg na wadze. Po roku chory może spożywać mięso i tłuszcze bez żadnej dolegliwości.

Zdaniem autora mamy tu do czynienia z awitaminozą dotyczącą najprawdopodobniej nie tylko — jak przypuszczano dotychczas witaminy D i B_2 — lecz także i witaminy C, za czym przemawiają doświadczenia na małpach, jako też przypadki powikłane gnilcem.

M. Scheps (Lwów).

Przewlekły zastój w dwunastnicy na tle porażennym. J. DUCUING i P. FABRE. Arch. Mal. App. Digest. T. 26. Nr 6.

Praca poświęcona zagadnieniu zwężenia dwunastnicy poniżej brodawki Vatera, powstałego na tle czynnościowym czy porażennym, w porównaniu ze zwężeniami na tle mechanicznym po stanach zapalnych narządów sąsiednich. Omówione schorzenie nie należy do rzadkości, autor opisuje 5 własnych przypadków, w których operacja wykazała zastój treści pokarmowej w dwunastnicy na tle czynnościowym. Autor opisuje objawy tego schorzenia, które są prawie identyczne z objawami przy zwężeniach organicznych dwunastnicy. Autor podkreśla szybko występujące wycieńczenie organizmu, nietypowe zaburzenia dyspeptyczne, powolny rozwój choroby. Rentgenologicznie: znacznego stopnia rozstrzeń i zaleganie treści w dwunastnicy, nasilone ruchy perystaltyczne i antyperystaltyczne dwunastnicy. Przy operacji stwierdzono brak wszelkiej przyczyny mechanicznej, jedynie obecność zmian zapalnych w zakresie dróg chłonnych i otrzewnej w sąsiedztwie dwunastnicy.

Co się tyczy patogenezy tego schorzenia, autor wymienia działanie gruczołów chłonnych zapalnie zmienionych w pobliżu dwunastnicy, zmiany zapalne otrzewnej, zaburzenia motoryczne w zakresie jelita czczego i ślepego, stany zapalne narządów jamy brzusznej, jak wyrostka robaczkowego, jelit, przydatków i in.; nadto zaburzenia w układzie neuro-sympatycznym. Co się tyczy leczenia, autor zaleca zespolenie dwunastnicowo-jelitowe.

M. Scheps (Lwów).

Stosowanie histydyny w leczeniu owrzodzeń śluzówki przewodu pokarmowego. J. FRYDMAN i J. IWANTER. Medycyna Nr 4. 1937.

Zasada leczenia wrzodów żołądka i dwunastnicy opiera się na założeniu, że zmiany w śluzówce przewodu pokarmowego są jedynie odczynem miejscowym ogólnego schorzenia na tle zaburzenia przemiany materii, polegającym na niedoborze pewnych aminokwasów (szczególnie histydyny). Autorowie zachęceni dodatnimi wynikami tego leczenia, stosowali u 17 chorych Larostidinę i stwierdzili: całkowite, albo przynajmniej znaczne zmniejszenie się bólów, brak krwi utajonej w stolcu, rzadsze wymioty, wzrost wagi ciała. Rentgenologicznie stwierdzono w 6 przypadkach zanik niszy wrzodowej, w 5 znaczne zmniejszenie się jej, w 3 obraz pozostał bez zmian (w pozostałych trzech obraz rentgenowski przed rozpoczęciem leczenia nie wykazywał cech wrzodu). Larostidinę stosowano codziennie domięśniowo po 5 cm³ (0.02 histydyny) w ilości od 17—30 zastrzyków. Takie leczenie należy powtórzyć po 6 tygodniach, po czym 2—3 razy w roku. *St. Malczyński* (Lwów).

O skuteczności sztucznego porażenia przepony w gruźlicy płuc. B. GLASS i J. GRYFENBERG. Medycyna. Nr 5. 1937.

Autorowie dochodzą do wniosku, że wyrwanie nerwu przeponowego może być stosowane w przypadkach gruźlicy płuc jednostronnej, ograniczonej, zarówno górno-, jak i dolno-płatowej. Najlepsze wyniki uzyskuje się w przypadkach rozpadających się nacieków wczesnych, oraz w ograniczonych zmianach włóknistych, które łatwo się kurczą. Wobec tego, że uzyskanie trwałego wyleczenia otrzymuje się prawie w 1/4 przypadków, należy uważać wyrwanie n. przeponowego w leczeniu gruźlicy płuc za zabieg bardzo wartościowy. *St. Malczyński* (Lwów).

Przyczynek do leczenia histerii. H. SCHLEIMER. Wien. med. Woch. R. 86. Nr 48. Str. 1338—1339. 1936.

Autor podaje wyniki skutecznego leczenia stanów histerycznych za pomocą androstiny, którą podawał doustnie lub wstrzykiwał. Jeden z przypadków dotyczył ciężkiego stanu histerycznego, w postaci męczącej czkawki. Przypadek leczony był w ciągu 10 miesięcy bez najmniejszego wyniku. Za pomocą androstiny wkrótce osiągnięto zupełne wyleczenie. W pozostałych przypadkach działanie leku było również skuteczne. Na zakończenie autor gorąco poleca stosowanie androstiny w przypadkach histerii. *F. Mikulska* (Warszawa).

Leczenie tuczące za pomocą witaminy A (Voganu). H. WENDT. Münch. med. Woch. Nr 20. Str. 808. 1936.

Autor, zachęcony wzrostem wagi po podawaniu Voganu w przypadkach choroby Basedowa, stosował Vogan również w ogólnym wychudnięciu i to z bardzo dobrym skutkiem. 11 kobietom o niedostatecznej wadze podawał 3 razy po 30 kropel Voganu dziennie. Innego leczenia nie stosowano. W 2 przypadkach nie uzyskano dodatniego wyniku, u pozostałych 9 chorych stwierdzono natomiast duży wzrost wagi. Jednej chorej przy-

było w ciągu niespełna 8 tygodni 5.5 kg. Autor przypuszcza, że witamina A (Vogan) wpływa na przemianę tłuszczową, ograniczając spalanie tłuszczów. Na podstawie swych doświadczeń, autor poleca Vogan w leczeniu tuczącym.

J. Bader (Warszawa).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia.

Oznaczenie dnia owulacji u kobiety za pomocą liczby „wyklaczania" w surowicy. MAKI TAKATA i MITSUGI DOHMOTO. The Tohoku Journ. of exp. Med. Vol. 30. Nr 3/4. Str. 219.

Autorzy wykazują, że zachowanie się białka we krwi określone podaną przez nich w tymże czasopiśmie metodą, tom 28. Nr 6. Str. 522, 1936 polegającą na wytworzeniu zmętnienia przez dodanie rozczynu sublimatu i fuksyny w alkalicznym rozczynie, daje możność oznaczenia dnia owulacji i pozwala wejrzeć w porządek postępujących spraw dotyczących zmian w macicy i jajnikach.

Posługując się tą metodą oznaczyli autorowie nie tylko dzień owulacji i przekonali się na przykładach, że w dniu tym najłatwiej dochodzi do zapłodnienia, ale oznaczyć potrafili zależność występującego krwawienia od poprzedniego, w odstępach zresztą mało prawidłowych, jednak dla każdej kobiety charakterystycznych. *W. Moraczewski* (Lwów).

Znieczulenie porodu. D. BROWKIN. Sow. Wracz. Żurn. Nr 8. 1936.

Schemat autora jest następujący: w okresie rozwierania ujścia zastrzyk domięśniowy 10 cm³ 20% siarczanu magnezu i 0.5 cm³ 1% morfiny. Czas trwania znieczulenia wynosi przeciętnie 3—4 godziny. W razie ustąpienia znieczulenia, dodatkowo zastrzyk siarczanu magnezowego bez morfiny. W podatnych przypadkach dobre usługi oddaje niekiedy jednorazowa lewatywa z 5 cm³ paraldehydu lub doustnie po 2 cm³ 1—3 razy. W okresie przerzynania się główki podaje autor paraldehyd doustnie (*Paraldeh.* 3.0, *Sir. Rubi Idaei* 20.0, *Aq. dest.* 50,0, s. na jedną dawkę).

Przy pomocy tej metody znieczulania przeprowadzono 138 porodów. Dobre wyniki znieczulania uzyskano w 62,3%, zadowalniające w 23,3% i niedostateczne w 14,4%.

Jako wynik dobry uważa autor te przypadki, w których rodząca zachowywała się zupełnie spokojnie w ciągu całego czasu przebywania na sali porodowej; w przypadkach z wynikiem zadowalniającym rodząca znów zaczynała jęczeć i objawiać niepokój po 1—1½ godziny, a dalsze stosowanie znieczulenia pozostało bez wpływu. Do przypadków z wynikiem niedostatecznym zaliczane są te, w których znieczulanie było krótkotrwałe i utrzymywało się 30—50 minut.

Powikłań w III okresie nie zaobserwowano. Stwierdzono bolesne skurcze przy zwijaniu się macicy u tych rodzących, u których poród przebiegał bezboleśnie. *M. Segal.*

Wyniki lecznicze operacyjne torbieli bąblowcowych. F. LUCAČ. Medicinski Pregled. Nr 11. 1936.

Autor ogłosił dawniej serię 101 przypadków operowanych bąblowca ze 16% śmiertelności. Obecnie zdaje sprawę z dalszych 90 przypadków. Stosował *marsupialisatio, enucleatio, resectio.* Średnia śmiertelność wynosiła teraz tylko 7%.

R. L. (Lwów).

Uszkodzenia porodowe i ich rola w powstawaniu przypadłości wewnątrz-czaszkowych dziecięcych. B. TASSOVATZ i I. ALFANDARY. Medicinski Pregled. Nr 12. 1936.

Autorowie stwierdzają na podstawie 10 przypadków, że: 1) uszkodzenie nie zawsze sprowadza następstwa ze strony układu nerwowego, że możliwym jest zupełne wyleczenie, nawet w przypadkach ciężkich; 2) jednak większość przypadków, okazujących po urodzeniu objawy krwotoku wewnątrzczaszkowego, zdradza później objawy ograniczonego lub rozlanego uszkodzenia tkanki nerwowej. W pierwszym wypadku są to: *paralysis, paraplegia, hemiplegia,* rzadziej objawy zajęcia jąder podstawy lub móżdżku. Rozlane uszkodzenia przebiegają pod obrazem *microcephalia, idiotismus* połączonym lub też nie z *paralysis, epilepsia* itd. *R. L.* (Lwów).

Choroby skórne i weneryczne.

Przemiana wapniowa w twardzinie skóry. T. CORNBLEET, H. STRUCK. Arch. of Dermat. and Syphil. Styczeń. 1937.

Ogólnie uznano, że powstanie sklerodermii połączone jest z zaburzeniami czynności przytarczycy; jednak zdania są podzielone co do tego, czy chodzi o hiper czy o hipofunkcję przytarczycy. Badania wykazały, że przy twardzinie daje się stwierdzić zatrzymanie w organizmie wapnia i fosforu. Nie jest jednak dowiedzione, czy jest to powodem choroby, czy raczej jej następstwem; czyli że chorobowo zmienione tkanki np. wskutek jakiegoś zatrucia zatrzymują wapń. Podawanie dużych dawek witaminy D, mianowicie od 200.000 do 300.000 jednostek dziennie (według farmakopei Stanów Zjednoczonych) powoduje wzmożone wydzielanie wapnia z moczem i w ten sposób zmienia bilans wapnia. Leczony w ten sposób przypadek sklerodermii po 3 miesiącach wykazał znaczną poprawę, lecz nie zupełne wyleczenie.

Dziulikowska (Lwów).

Necrobiosis lipoidica diabeticorum. Arch. of Dermat. and Syph. Styczeń 1937.

Schorzenie to widuje się nader rzadko, gdyż opisany tu przypadek ma być 15-tym w piśmiennictwie. Klinicznie objawy przypominają ***xanthosis,*** lecz bliższe badania wykazują cechy odrębne. Wyniki badań chemicznych, przeprowadzone przez różnych autorów dały wyniki rozbieżne i dalsze badania w tym kierunku są wymagane, a mianowicie określenie cholesterolu, lipoidów i fosforo-lipoidów w chorobowo zmienionych tkankach.

Dziulikowska (Lwów).

Patologia kiły w nowym oświetleniu. J. ALMKWIST. The British Journal of Syphilis and Dermatology. Styczeń. 1937.

Zdaniem autora podział kiły na 3 okresy według Ricord'a jest nieuzasadniony, gdyż opiera się na mylnym mniemaniu, jakoby tkanki oddziaływały rozmaicie na krętki kiły w różnych jej okresach. Autor zwalcza także teorię Neisser'a o przestrajaniu tkanek i Pirquet'a o zmianach alergicznych. Podział na okresy opiera na zmianach histo-patologicznych, które badał w ciągu wielu lat i które pozwoliły ustalić 3 zasadnicze momenty. Zmiany wywołane w tkankach są identyczne we wszystkich okresach kiły i zależne są tylko od rodzaju tkanek. W każdym rodzaju tkanek krętki wywołują zmiany histologiczne charakterystyczne dla tych tkanek. Rozmaitość objawów klinicznych w przebiegu kiły nie polega na rozmaitym odczynie tkanek na krętki, gdyż ten zostaje niezmieniony, tylko na tym, że krętki atakują coraz to inne tkanki. Poza tym dołącza się rozmaity stopień odporności organizmu i stosunek toksyn do antytoksyn. Autor odróżnia 6 typów tkanek i wskazuje, jak reaguje każda z nich, a następnie dzieli kiłę na 4 okresy stosownie do rodzaju zaatakowanych tkanek. Wreszcie autor stwierdza, że reakcja na krętki w organizmie ludzkim potwierdza doświadczalne wyniki na zwierzętach, mianowicie: 1) krętki w tkankach nie rozwijają się, 2) krętki się rozwijają nie wywołując zmian chorobowych, 3) krętki rozwijają się i wywołują zmiany patologiczne. *Dziulikowska* (Lwów).

Argyria. M. W. STILLIANS. Arch. of Dermatology and Syphil. Styczeń 1937.

Srebrzyca według autora powstaje albo u osób zatrudnionych przy obrabianiu srebra, gdy drobne cząsteczki metalu dostają się do skóry, i wtedy zabarwienie skóry jest ograniczone, umiejscowione albo przy zażywaniu leków zawierających srebro, co wywołuje zabarwienie skóry całego ciała. Jako środek zapobiegawczy zdaniem autora może służyć uświadomienie szerokiego ogółu o szkodliwości leków reklamowanych w pismach i zawierających srebro. Co do leczenia, to skutecznym okazało się doskórne wstrzykiwanie mieszanki z 7 cm³ rozczynu 10% tiosiarczanu sodowego i 3 cm³ rozczynu 10% żelazocyjanku potasowego. Zastrzyki podskórne lub dożylne tejże mieszanki nie dały żadnych wyników leczniczych. *Dziulikowska* (Lwów).

Triarsen — nowy syntetyczny związek arsenowy w leczeniu kiły. J. STOKES, H. BEERMAN. Arch. of Dermat. Syphil. Styczeń. 1937.

Autorzy bardzo obszernie opisują sposoby badania i oceny nowych środków leczniczych w ogóle, a przeciwkiłowych w szczególności. Podają plan, według którego te badania mają być przeprowadzone, określają na jak dużym materiale i przez jak długi okres czasu należy badania przeprowadzać, jakie badania kontrolne kliniczne i laboratoryjne są potrzebne itd. Przeprowadzone w ten sposób badania triarsenu dowiodły, że jest to środek leczniczy przeciwkiłowy równowartościowy z używanymi dotychczas pochodnymi arsenu i innymi, a ponadto ma tę przewagę, że prędzej osiąga się ujemne wyniki serologiczne i że nie występują objawy ze strony systemu nerwowego.

Dziulikowska (Lwów).

Higiena i medycyna społeczna.

Działanie alkoholu na korę mózgową z punktu widzenia fizjologii. J. KONORSKI i S. MILLER. Trzeźwość. Nr 7, 1936.

Autorzy, od lat zajmujący się psychofizjologią, omawiają wpływ alkoholu na korę mózgową w ostrym stadium jego działania i w stosunkowo niewielkich dawkach. Po omówieniu objawów takiego zatrucia (wzmożenie aktywności psychicznej, objawiające się wielomównością, podniesionym głosem, powiększoną ruchliwością itp., oraz upośledzenie psychiczne, objawiające się osłabieniem krytycyzmu, zmniejszoną zdolnością skupiania uwagi itp.), Konorski i Miller przystępują do analizowania powodów tych objawów i dochodzą do wniosku, że przy omawianym stanie mamy wprawdzie do czynienia ze wzmożoną aktywnością korową, lecz aktywnością prymitywną, utrzymaną na niższym poziomie, niż normalnie. Objawy euforii pozostają przypuszczalnie w ścisłym związku z porażeniem procesu hamowania.

Z. Bieliński (Lwów).

Złe przyzwyczajenia. A. RZĄŚNICKI. Warszawa. Nakładem Zarządu Głównego Polskiego Czerwonego Krzyża. Str. 24. 1936.

Wydawnictwo tanie (15 groszy) i popularnie napisane, za pomocą którego pragnie autor wykorzenić cały szereg złych, brzydkich, a w większości wypadków niebezpiecznych dla zdrowia i życia przyzwyczajeń, jak ślinienie brzegów kopert i znaczków pocztowych, ślinienie ołówków („chemicznych", anilinowych), pomaganie sobie przy obracaniu kartek w książce naślinionym palcem, plucie na podłogę, trzymanie w czasie szycia szpilek między wargami, używanie „smoczka na kółku" itp. Szczególną uwagę zwraca Rząśnicki na ustosunkowanie się ludzi do zwierząt domowych, a to przede wszystkim ze względu na możliwość zakażenia się od zwierzęcia jego pasożytami, co w wypadku zakażenia się jajeczkami tasiemca bąblowcowego może spowodować tragiczne dla człowieka następstwa. Broszurka napisana językiem prostym, przemawiającym do każdego, przekonywuje i zasługuje na szerokie rozpowszechnienie.

Z. Bieliński (Lwów).

W sprawie eteryzmu. M. SOKALÓWNA. Trzeźwość. Nr 5. 1936.

Picie eteru stwierdzono po raz pierwszy w Draperstown, w hrabstwie Derry w Anglii około 1842 r. Według pewnej wersji zostało ono spowodowane usilną propagandą przeciwalkoholową szerzoną przez tamtejszego duchownego. By nie złamać wymuszonego przyrzeczenia wstrzymywania się od używania napojów alkoholowych, zaczęli ludzie pić eter, który okazał się doskonałą namiastką. W ogóle picie eteru stało się najbardziej rozpowszechnione w krajach, w których walka z alkoholizmem odniosła powierzchowne zwycięstwo. Wypadki eteryzowania się były spotykane w Wielkiej Brytanii (szczególnie w Irlandii i w Anglii), w Ameryce, w Polsce (szczególnie na Śląsku i w Małopolsce), we Francji i in. Picie eteru jest dlatego szczególnie pociągające, że eter działa szybko, przy czym skutki są krótkotrwałe. Pijący eter może upić się nim kilka razy dziennie, nie odczuwając na razie żadnych ujemnych lub przykrych skutków. Zmiany patologiczne, wynikające z długotrwałego picia eteru, nie są dotychczas należycie zbadane. *Z. Bieliński* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia w dniu 29 kwietnia 1936 roku.

1. Kol. J. Itelson *przedstawił 18-letniego młodzieńca, który zgłosił się do szpitala ze skargami na ślinotok, uczucie dławienia, brak łaknienia, wychudzenie.* Objawy te występowały okresowo. Przypuszczano u chorego istnienie guza przełyku. Roentgen wykrył obecność przepukliny przeponowej, której zawartość stanowił żołądek. Przypadek należy do niezmiernie rzadkich, gdyż dotyczy młodego osobnika.

W dyskusji zabierał głos kol. Lewenfisz.

2. Kol. A. Stiller *przedstawił rzadki przypadek zaburzeń przewodnictwa międzykomorowego, powstały po zawale mięśnia sercowego.* Występował naprzemienny blok prawej i lewej gałązki pęczka Hissa. Pod wpływem leczenia naparstnicą ustąpił blok gałązki lewej, pozostał blok gałązki prawej.

3. Dr M. Schur (gość z Wiednia) *wygłosił* (w języku niemieckim) *odczyt pod tytułem: „Niedokrwistość a niedobór żelaza".*

W dyskusji zabierali głos: kol. Kocen, Klozenberg, Zimmer oraz prelegent.

Sekretarz: *Dr A. S. Tenenbaum.*

Protokół posiedzenia w dniu 6 maja 1936 roku wspólnego z Oddziałem Łódzkim Polskiego Towarzystwa Higienicznego.

1. Kol. M. Lewenfisz *przedstawił chorą M. F., lat 58 operowaną z powodu raka sutka lewego* w październiku 1934 r. (amputacja piersi lewej z usunięciem gruczołów pachowych). W styczniu 1935 r. naświetlana Roentgenem. Chora zgłasza się co kilka miesięcy do kontroli. Pomimo zupełnie dobrego samopoczucia i braku jakichkolwiek objawów klinicznych, badanie rentgenowskie klatki piersiowej wykazało: „liczne, wielkości małych pomarańczy, ostro odgraniczone, jednolite zacienienia pokrywają niemal całą powierzchnię obu płuc". Są to niewątpliwie przerzuty nowotworowe. Mimo tak rozległych zmian w płucach, chora nie kaszle, nie ma duszności, nie odczuwa najmniejszych dolegliwości, a w ostatnich miesiącach przybrała 4 kg na wadze. Wygląd chorej jest dobry. Rentgenogram z października 1934 r., na pierwszy rzut oka, nie wykazuje uchwytnych zmian. Jednak, gdy teraz dokładniej mu się przyjrzeć, widzimy ostro odgraniczony, plamisty, wielkości wiśni, miękki cień pod prawym obojczykiem oraz mniejszy cień o tych samych cechach w środkowym lewym polu. Obecnie nie mamy żadnych wątpliwości, że obraz ten odpowiada przerzutom nowotworowym. Wnioski:

1) Brak objawów klinicznych i podmiotowych, zarówno jak i dobry wygląd chorej nie wyklucza możliwości istnienia przerzutu nowotworowego.

2) Ujemne skutki, jakie często widzimy po leczeniu operacyjnym i naświetlaniach Roentgenem raków sutka, uwarunkowane są wczesnym występowaniem przerzutów u tych chorych. Mogą one istnieć, nie dając żadnych uchwytnych objawów jeszcze przed przystąpieniem do zabiegów leczniczych. Przypadki raków sutka wymagają z naszej strony natychmiastowego wkroczenia. W naszym przypadku od chwili, gdy chora zauważyła guz piersi do zabiegu operacyjnego upłynęło zaledwie 6 tygodni, a już wystąpiły przerzuty do płuc.

3) Przed ustaleniem naszego postępowania w przypadkach raków sutka winniśmy zbadać rentgenologicznie klatkę piersiową, a zdaniem klinicystów francuskich, również kręgosłup lędźwiowy i miednicę, celem wykluczenia istnienia przerzutów nowotworowych, które najczęściej się tam usadawiają, początkowo nie dając żadnych objawów. Ma to również duże znaczenie rokownicze. (Autoreferat).

W dyskusji zabrał głos kol. Wajskopf. Obserwował on przypadek *carcinosis universalis* u chorej operowanej przed 13 laty; chora pomimo bardzo rozległych przerzutów w płucach czuła się bardzo dobrze.

2. Doc. Dr med. G. Szulc (gość z Warszawy) *wygłosił odczyt pod tytułem: „Żywienie jako zagadnienie zdrowia publicznego".*

W dyskusji zabierali głos kol. Wajskopf i prelegent.

Sekretarz: *Dr A. S. Tenenbaum*

Protokół posiedzenia w dniu 20 maja 1936 roku.

1. Kol. Daniel Kon *przedstawia przypadek chondrodystrophia foetalis* u dziewczynki 11-letniej z przychodni Szpitala fund. małż. Poznańskich. Dziecko rozwijało się fizycznie bardzo wolno, rozwój umysłowy natomiast nie wykazywał żadnych zaburzeń. Inteligencja dziecka bez zarzutu. Rodzice i pozostałe rodzeństwo są wzrostu prawidłowego. W wyglądzie zewnętrznym chorej uderza obok niskiego wzrostu (103 cm) stosunkowo długi tułów, nieproporcjonalnie duża czaszka, nadmiernie krótkie kończyny. Charakterystyczne jest zapadnięcie nasady nosa oraz wybitna lordoza kręgosłupa lędźwiowego. Narządy wewnętrzne bez zmian. Ilość wapnia we krwi 13,6 mg %. Interesujące są rentgenogramy, wykazujące zupełnie typowy obraz kości długich: znaczne skrócenie kości, rozszerzenie nasad i zniekształcenie na skutek nieregularnego nawarstwienia okostnej. Zaburzenia wzrostu nie dotyczą równomiernie wszystkich kości długich, tak np. kość piszczelowa jest więcej zahamowana w swym wzroście, niż strzałkowa, wobec czego ta ostatnia musi zgiąć się, wytwarzając słup okostnej, jako filar podtrzymujący. Od krzywicy różni się przypadek brakiem znaczniejszych zniekształceń kości, jak również brakiem odwapnienia kośćca. Według klasyfikacji Hansemanna należy przypadek do szeregu karłowatości nieproporcjonalnych; według Bauera do zaburzeń

wzrostu III rzędu, będących skutkiem schorzenia śródchrzęstnych pasów kostnienia.

2. Kol. Fajwlewicz i Kryszek *wygłosili odczyt na temat: „O chorobie Gauchera z uwzględnieniem innych lipoidoz"*. Po podaniu historii chorób trzech obserwowanych przypadków choroby Gauchera referenci omawiają zagadnienia, związane z etiologią, patogenezą, obrazem klinicznym i leczeniem tego schorzenia. Odczyt był demonstrowany pokazem mikrofotogramów komórek gaucherowskich (praca ukazała się w druku w P. G. L. Str. 657 i 681, 1936).

W dyskusji kol. Lewenfisz omawia przypadek choroby Schüller-Christiana. Z lipoidoz uogólnionych choroba Schüller-Christiana daje najbardziej charakterystyczny obraz rentgenowski. Występują ubytki w kościach sklepienia czaszki, jak również w okolicy potylicowej. Ubytki te są kształtu nieprawidłowego, okrągłe lub owalne, przeciętnie o średnicy 2—3 cm. Poza zmianami w kościach czaszki, zjawia się wytrzeszcz oczny i moczówka prosta. Ta triada objawów jest charakterystyczna dla choroby Schüller-Christiana.

Przypadek dotyczy kobiety lat 47, u której przed 10 laty wystąpiły objawy guza przysadki mózgowej. Chora otrzymała kilka serii naświetlań Roentgenem. Obecnie w okolicy przysadki i lejka widzimy zwapniały guz, wielkości gołębiego jaja. Chora od czasu do czasu zgłasza się do kontroli. W roku 1934, w styczniu, na zdjęciach czaszki zauważono ubytki kostne. W ubiegłym roku wystąpiły objawy moczówki prostej i wyraźny wytrzeszcz oczu. Chora oddaje 5—6 litrów moczu na dobę.

Przypadek ten zasługuje na wyróżnienie z dwóch względów: 1) dotyczy osoby starszej, co należy do rzadkości, albowiem cierpienie to występuje najczęściej u dzieci pomiędzy 1 a 7 rokiem życia; 2) rzuca nam pewne światło na etiologię tego cierpienia. Mimo woli bowiem nasuwa się przypuszczenie, czy wystąpienie objawów cierpienia Schüller-Christiana u naszej chorej nie jest spowodowane zmianami w śródmózgowiu, które zostały wywołane cierpieniem podstawowym. Zgadza się to w zupełności z poglądami doby obecnej, że śródmózgowie jest ośrodkiem wszystkich przemian naszego ustroju, a więc możliwe, że i przemiany tłuszczowej (streszczenie własne).

Kol. Bender. W przypadku drugim prelegentów zaznaczyły się objawy kostne. Objawy ze strony szkieletu mogą się wysuwać na plan pierwszy, może się wytworzyć garb. W statystyce amerykańskiej z roku 1934 na 80 przypadków były 3 powyżej lat 50. W plwocinie chorych znajdowano komórki Gaucherowskie, jest to bardzo ważnym objawem rozpoznawczym.

Kol. Frenkiel podnosi, że do lipoidoz należy również choroba Tay-Sachsa, o czym prelegenci nie wspominali. Klasyczna postać choroby Tay-Sachsa przebiega, jak choroba Niemann-Picka.

Kol. Ściesiński. W wieku wczesnym choroba może przebiegać szybko i gwałtownie. W przypadku Niemann-Picka odgrywają rolę nie fosfatydy, ale myeliny. Chorobę Tay-Sachsa łączą z grupą Niemann-Picka.

Podany przypadek był badany tylko histologicznie; stwierdzono zmiany w płucach, nerkach, śledzionie i wątrobie. Wszystkie te narządy zawierały tłuszcze piankowe. Komórki Gauchera znajdowano nie tylko w plwocinie, ale i we krwi krążącej.

Kol. Reznik uważa żółtaczkę hemolityczną za miejscowe schorzenie śledziony.

Kol. Gliksmann: należało by się spodziewać, że układ siateczkowo-śródbłonkowy, jako zaatakowany w tych schorzeniach, będzie przejawiał zmniejszoną czynność. Zapytuje, jak przedstawia się ciepłota. Schorzenia nie są zbyt groźne, jeżeli chory może z tym żyć długie lata.

W odpowiedzi: Kol. Benderowi: omawiany temat jest zbyt obszerny, by w referacie uwzględnić wszystkie związane z nim zagadnienia; znane są przypadki odmiany kostnej choroby Gauchera, kiedy proces chorobowy usadawiał się w kręgach, co stwarza trudności różniczkowo-rozpoznawcze z gruźlicą kręgosłupa.

Kol. Frenklowi: w piśmiennictwie o lipoidozach niewielu autorów włącza chorobę Tay-Sachsa; zostaje ona zaszeregowana na równi z chorobą Niemann-Picka do lipoidoz fosfatydowo-komórkowych.

Kol. Ściesińskiemu: lipoidozy w ogóle, a choroba Gauchera w szczególności, są rzadko widziane w klinice; czas trwania poszczególnych lipoidoz został schematycznie podany w tablicy; nietypowość przebiegu, nie wyłączając i krótszego czasu trwania w okresie dziecięcym i niemowlęcym, została w referacie uwzględniona; w referacie ograniczono się do podania miana grup określonych ciał lipoidowych, nie wnikając w dokładną charakterystykę chemiczną poszczególnych składników.

Kol. Reznikowi: żółtaczka hemolityczna jest uważana za schorzenie układowe.

Kol. Gliksmanowi: w lipoidozach, pomimo umiejscowienia schorzenia w układzie siateczkowo-śródbłonkowym, czynność tego układu jest wzmożona, czego wyrazem jest dodatnia próba Adlera-Riemana.

Sekretarz: *Dr A. S. Tenenbaum.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy.

XIV posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się dnia 23 kwietnia 1937. Porządek dzienny: 1) Kol. Dobrzaniecki W.: Czy istnieje tzw. mechanizm zastawkowy przy operacji Coffey'a? (pokaz). 2) Kol. Ambros Z.: Przypadek skostnienia pourazowego u piłkarza (pokaz). 3) Kol. Bross W., Długosz H. i Kubikowski P.: Poziom adrenaliny we krwi w przypadkach nadnerczaków (wykład).

Międzynarodowy Zjazd w Vichy na temat niewydolności czynnościowej wątroby. W dniach 16—18 września 1937 r. odbędzie się w Vichy Międzynarodowy Zjazd, którego tematem głównym będzie niewydolność wątroby. W skład komitetu honorowego wchodzi z Polski prof. Witold Orłowski. Program naukowy Zjazdu obejmuje następujące referaty: N. Glaessner (Wiedeń): Diagnostyka czynnościowa niewydolności wątroby. — R. Debré, Gilbrin, Semelaigne (Paryż): Powiększenie wątroby u dzieci. — L. Binet (Paryż): Czynność wątroby w zakresie przemiany siarkowej. — Lemaire i Varay (Paryż): Obrzęki pochodzenia wątrobowego — studium patogenetyczne. — J. Olmer (Marsylia): Studium kliniczne. — Urbach (Wiedeń): Skóra i wątroba. — Parhon (Bukareszt): Wątroba i gruczoły dokrewne. — Hamilton, Fairley (Londyn): Okresy niewydolności wątroby w przebiegu zimnicy. — Anthony Bassler (New-York), Lathan, A. Crandalli, A. C. Iwy (Chicago), Norman Elton (Reading), Hyman I. Goldstein (Camden): Niewydolności wątroby a stan odżywienia ogólnego i szczególnie czynność układu nerwowego. — Pende (Rzym) i Bufano (Sanari): Niewydolność wątroby neuro-wydzielnicza. — Leczenie wątroby w stanach uczulenia. — Niewydolność wątroby pochodzenia krążeniowego i jej leczenie. — Pierry i Milhand (Lyon): Leczenie zdrojowiskowe niewydolności wątroby. — De Grailly (Bordeaux): Niewydolność komórki wątrobowej i jej wskazania lecznicze. — Gallart-Marés (Barcelona): Leczenie dietetyczne chorej wątroby. — Pribram (Berlin): Niewydolność wątroby przed- i pooperacyjna oraz zapobieganie i leczenie. — Pierre Duval, J. C. Roux, Coiffen (Paryż): Rokowanie „zapaści operacyjnych" na podstawie badania czynnościowego wątroby. Uczestnicy Zjazdu i ich rodziny korzystają na kolejach francuskich ze zniżek 40% oraz z 25% zniżki w hotelach i pensjonatach w Vichy. Lekarze, którzy pragnęliby wziąć udział w Zjeździe lub zgłosić referat, a nie otrzymali dotychczas programu Zjazdu, zechcą się zwrócić po adresem: Dr Żera Edmund, Warszawa, ul. Barbary 6.

Międzynarodowe Dni Lekarskie w Paryżu przypadają na czas od 26—30 czerwca 1937 r. Tematem Dni są „Hormonalne regulacje w biologii, klinice i lecznictwie". Przewodniczący: prof. P. Carnot, sekretarz generalny: dr Godlewski. Korespondencję kierować pod adresem: 18, rue de Verneuil, Paris VII-e.

Posiedzenie *Réunion Médico-Chirurgicale de Morphologie* odbyło sie dnia 21. IV. b. r. Na porządku dziennym referaty i pokazy dr A. Palau, Mangin-Balthazard, Claoue i D. Nardonnet.

Różne.

Z kraju.

Wydział Lekarski Uniwersytetu Paryskiego zaprosił Prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej Prof. Dr Mieczysława Michałowicza do wygłoszenia szeregu wykładów z dziedziny chorób dziecięcych na Uniwersytecie Paryskim. Wykłady Prof. Michałowicza odbędą się w semestrze letnim, między 5 a 15 czerwca 1937 r.

Pewne międzynarodowe czasopismo lekarskie, wychodzące w niemieckim i francuskim języku w Pradze Czeskiej podaje, że Polska cierpi na dotkliwy brak lekarzy. Uwagi swe popiera porównaniem ilości lekarzy wypadających na 10 tysięcy mieszkańców w Polsce i Szwajcarii; Polska ma 3 lekarzy, Szwajcaria 106 na 10 tysięcy mieszkańców. Zwracając uwagę na źle zorganizowaną pomoc lekarską zwłaszcza na wsi, pismo to podkreśla, że Polska — kraj rolniczy — skupia w 28 większych miastach — 60% wszystkich lekarzy, podczas gdy są obszary kraju, w których 1 lekarz obsługuje powyżej 200 km kwadratowych.

Władze Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w porozumieniu z lekarzami ubezpieczonymi postanowiły ogłosić konkurs na pamiętnik lekarza społecznego, pracującego w tym lub innym charakterze w Ubezpieczalni. Poza celami propagandy ubezpieczeń społecznych w Polsce i wszechstronnym oświetleniem działalności praktycznej lekarzy Ubezpieczalni, konkurs ma na widoku nawiązanie ściślejszego kontaktu ideowego z lekarzami, pracującymi w ubezpieczeniu społecznym oraz należyte zrozumienie i właściwą ocenę roli lekarza ubezpieczeniowego na podstawie dokładnego obrazu jego życia i pracy. Dla omówienia celów i zadań konkursu, jak również jego organizacji odbyła się w dniu 9 kwietnia b. r. w lokalu Związku Lekarzy P. P. konferencja przedstawicieli Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i lekarzy związkowych pod przewodnictwem p. Sasorskiego i przy udziale red. M. Wańkowicza. Na konferencji tej uchwalono linie wytyczne dla organizacji konkursu, którego warunki będą podane do wiadomości świata lekarskiego już w najbliższym czasie.

Choroby zakaźne w Polsce w czasie od 1 do 23 stycznia 1937 roku:

Choroby	Tydzień 1 1—2/I	Tydzień 2 3—9/I	Tydzień 3 10—16/I	Tydzień 4 17—23/I
Ospa	—	—	—	—
Dur brzuszny	29 *2*	162 *13*	209 *15*	203 *12*
Dury rzekome	—	—	—	—
Dur plamisty	9	58 *6*	77 *2*	87 *5*
Dur powrotny	—	1 *1*	—	—
Czerwonka	1	7	2	—
Płonica	72 *2*	367 *14*	348 *16*	331 *9*
Błonica	73 *8*	370 *27*	410 *31*	343 *19*
Nagm. zap. opon m.-rdz.	4 *2*	28 *5*	27 *8*	23 *7*
Odra	186 *5*	740 *16*	799 *9*	1313 *10*
Krztusiec	12 *3*	116 *15*	136 *12*	236 *17*
Zimnica	—	—	—	—
Zakażenie połogowe	2 *1*	23 *4*	29 *7*	31 *6*
Choroba Meine-Medina	—	3 *1*	4 *1*	3
Nagm. zap. mózgu	—	—	—	—
Choroba Banga	—	—	—	—
Trąd	—	—	—	—
Gruźlica	56 *32*	459 *202*	435 *226*	456 *248*
Róża	30	112 *3*	92 *3*	105 *6*
Jaglica	48	241	294	216
Twardziel	—	1	—	1
Wąglik	—	—	—	—
Nosacizna	—	—	—	—
Włośnica	—	1	—	11 *1*
Wścieklizna	—	—	—	—

Liczby drukiem pochylonym oznaczają zgony.

Według danych Ministerstwa Opieki Społecznej w 1936 r. zanotowano w Polsce 3.755 zachorowań na dur plamisty, z tego 234 zgonów. Przodują oczywiście województwa kresowe wschodnie, naczelne miejsce zajmuje woj. lwowskie z liczbą 711 zachorowań; następnie uszeregowały się woj. nowogródzkie (498), stanisławowskie (478), poleskie (461), wreszcie z liczbą poniżej 400 zachorowań woj. wileńskie, wołyńskie i białostockie. W woj. śląskim, pomorskim, poznańskim zachorowań na dur plamisty nie notowano. Dane z lat ubiegłych wskazują na stopniowy spadek zachorowań od 442.724 w r. 1919 — do 11.187 w r. 1923. Dalszy spadek zatrzymuje się na liczbie 1.640 w r. 1930, po czym ilość zachorowań podnosi się z roku na rok do liczby 5.127 w r. 1934. Od r. 1926 do r. 1933, przeciętna roczna ilość zachorowań była mniejsza od liczby z roku ubiegłego.

W Warszawie w r. 1936 zarejestrowano 1.916 zachorowań na dur brzuszny, 2.996 zachorowań na płonicę, 3.536 na odrę, około 1.400 na błonicę.

Komunikaty.

W dniach od 2 do 10 czerwca 1937 r. odbędą się w Bukareszcie i w Sinaia następujące zjazdy: IX Kongres Międzynarodowy Medycyny i Farmacji Wojskowej (Bukareszt) oraz VII Sesja Międzynarodowego Biura Dokumentacji Wojskowo - Lekarskiej (Sinaia). Uczestnictwo w IX Kongresie Międzynarodowym Medycyny i Farmacji Wojskowej daje tym samym prawo do wzięcia udziału w konferencji Biura Dokumentacji bez wypełniania dodatkowych formalności i opłat. W kongresach mają prawo uczestniczyć oficerowie służby zdrowia zawodowi i rezerwowi (lekarze, farmaceuci, dentyści) oraz ich rodziny (żona, dzieci). W celu ułatwienia wyjazdu polskim uczestnikom zjazdów, Departament Zdrowia M. S. Wojsk. postanowił zorganizować zapisy uczestników zbiorowo. Oficerowie służby zdrowia zarówno służby czynnej, jak rezerwy powinni zgłaszać zapisy na Kongresy osobiście lub listownie do Departamentu Zdrowia M. S. Wojsk., do p. Maratowej, pokój 345. W sprawie biletów kolejowych, zamawiania hoteli i wycieczek, należy zwracać się do biura podróży „Wagons-Lits-Cook", które zostało mianowane przez Komitet Organizacyjny Kongresu oficjalnym biurem podróży. Opłata za uczestnictwo w kongresie wynosi 28 zł dla członków i 17 zł dla osoby towarzyszącej (żona, dziecko). Opłatę za uczestnictwo należy przesyłać jednocześnie ze zgłoszeniem do Departamentu Zdrowia M. S. Wojs., do p. Maratowej, pokój 345. Koszt przejazdu od stacji granicznej Śniatyn do Bukaresztu wynosi dla oficerów zawodowych w II kl. — 14 zł, w III kl. — 8 zł. Organizatorzy Kongresu podają, że koszt 8-dniowego pobytu w Bukareszcie i Sinaia (6 dni w Bukareszcie, 2 dni w Sinaia) łącznie z utrzymanie i przejazdami wyniesie od 3.200 do 6.000 lei tj. od 90 do 170 zł (przy obecnym kursie: 1000 lei = 28 zł), w zależności od kategorii hotelu. Uczestnicy Kongresu są zwolnieni od wizy rumuńskiej.

Amerykańskie czasopismo położniczo-ginekologiczne (*American Journal of Obstetrics and Gynecology* Vol. 33. Nr 2, 1937) ogłasza zwołanie kongresu położników i ginekologów amerykańskich na rok 1939. W odezwie tej podkreśla coraz większe zainteresowanie sprawami położnictwa i ginekologii, jako nauk otaczających swą opieką matkę i dziecko. Powojenne czasy nie usposabiały do zjazdów z powodu utrudnionych warunków podróżowania i pewnego zmęczenia i apatii, która ogarnęła cały świat. Mimo to Holandia zwołała zjazd, a raczej próbuje zwołać na rok 1938. Ameryka chce podobny zjazd w granicach własnego państwa zwołać na rok następny 1939 i pragnie, aby ten zjazd ogarnął nie tylko specjalistów, ale i lekarzy praktyków, którzy się sprawami położnictwa i ginekologii zajmują, żeby objął w swym zakresie i urzędników zdrowia, społecznie czynnych ludzi, pielęgniarki itp. Wreszcie prosi komitet zjazdu o jak najszersze rozpowszechnianie wiadomości o tym zjeździe.

Sprostowanie.

W pracy pt.: *Naświetlanie promieniami pozafiołkowymi krwi krążącej u ludzi* w nr. 15 P. G. L. z r. b. przy podaniu długości fal świetlnych *zamiast znaku* μ *winno być* $m\mu$ *(mikromikron).*

Redakcja otrzymała:

A. Hittmair: Blutdiagnostik für den praktischen Arzt. Wyd. Urban-Schwarzenberg, Berlin-Wiedeń, 1937. Cena: 4.50 RM.

H. G. Jacobi: Clinical evaluation of protamine insulin. Odb. z „New Jork State Journal of Medicine". Vol. 37. Nr 4. 1937.

R. Köhler: Gynäkologie des praktischen Arztes. Wyd. Aesculap, Wiedeń-Lipsk, 1937. Cena: 3.50 RM.

Wissenschaftliche Werke des staatlichen medizinischen Instituts in Tomsk, 1936.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 12.—

za granicą . . . . zł 18.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.